Nederlandse Zorgautoriteit

Advies

Verkorting doorlooptijden ggz/fz

Uitwerking van twee opties om doorlooptijden te verkorten

oktober 2015

Inhoud

Samenvatting

Inleiding
Diagnose behandelcombinaties in de geestelijke gezondheidszorg (ggz) en de forensische zorg (fz) hebben een maximale doorlooptijd van 365 dagen. Een gevolg hiervan is dat de definitieve schadelast relatief laat beschikbaar komt.
Het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) heeft ons in 2014 gevraagd hoe we eerder inzicht kunnen krijgen in de definitieve schadelast. Een voor de hand liggende mogelijkheid is het verkorten van de doorlooptijd naar bijvoorbeeld 120 dagen, zoals ook in de medisch specialistische zorg (msz) is doorgevoerd. Wij hebben hierover in augustus 2014 een advies uitgebracht. Vanwege de impact hebben we toen geadviseerd geen eigenstandige verkorting door te voeren, maar aan te sluiten bij de doorontwikkeling van de productstructuur. Ook gaven wij aan dat als de doorontwikkeling te lang duurt, verkorting van de doorlooptijd alsnog een optie zou zijn.

Het ministerie van VWS heeft ons naar aanleiding van dit advies gevraagd twee opties uit te werken om de doorlooptijd te verkorten. Dit kan gezien worden als een 'fall-back scenario', voor het geval dat de doorontwikkeling van de productstructuur niet tijdig tot eerdere definitieve schadelastinformatie leidt. Ook zijn hierbij enkele randvoorwaarden meegegeven. De twee opties die wij uitwerken zijn:
- Verkorten van de doorlooptijd, met behoud van een afleiding van behandelminuten naar tijdsklassen.
- Verkorten van de doorlooptijd, aan de hand van de werkelijk bestede tijd.

Conclusie optie 1
De inzet van personeel (beroepsprofiel) verschilt tussen kortdurende en langdurende behandelingen. In feite bevatten de prestaties momenteel heterogene groepen patiënten:
- Een groep patiënten met een kortere behandeling en relatief duur personeel (bijv. psychotherapeuten en psychiaters);
- Een groep patiënten met een langere behandeling in multidisciplinaire teams met veel inzet van relatief goedkoop personeel (bijv. verpleegkundigen en agogen).

Door de verschillende inzet van personeel is het gemiddeld uurtarief van langdurende behandelingen veel lager dan kortdurende behandelingen. Simulaties tonen aan dat het beroepsprofiel van langdurende dbc's *vanaf de eerste start* van een behandeltraject verschilt met het beroepsprofiel van kortdurende dbc's.
Het is wenselijk dat deze heterogene patiëntgroepen ook na verkorting van de doorlooptijd van elkaar gescheiden blijven. Dat is echter niet mogelijk aangezien het splitsen van deze groepen op basis van de zorgvraag vooralsnog niet mogelijk is. Als de doorlooptijd wordt verkort zullen de beroepsprofielen van de kortdurende en langdurende dbc's zich daardoor met elkaar vermengen. Dit zal tot een lagere kostenhomogeniteit leiden. Wij zien optie 1 daarom als vrijwel onhaalbaar per 2017.

Conclusie optie 2
Net als bij optie 1 zal ook bij optie 2 de productstructuur veranderen en zal regelgeving moeten worden aangepast. De verandering is vergelijkbaar met de aanpassingen die bij verblijf in 2012 zijn ingevoerd.

Echter, het betreft wel een tweeledige verandering:
- verandering van bekostiging en
- verkorting van de doorlooptijd.

Het voordeel van optie 2 is dat het onderscheid tussen kortere en langere behandeltrajecten – wat tot uiting komt in een verschillende kostprijs per uur – niet verloren gaat. Een voorwaarde is dan wel dat bij optie 2 gewerkt wordt met een gedifferentieerd uurtarief. Daarnaast is het niet meer noodzakelijk dat de beroepsprofielen worden herijkt.

Optie 2 zal ook tot verandering van de productstructuur leiden en daarmee ook een intensieve implementatieperiode kennen. Met optie 2 kan de systematiek op termijn echter ook versimpeld en meer flexibel worden.

Aansluiting nieuwe productstructuur
Voorkomen moet worden dat verkorting van de doorlooptijd een extra verandering wordt naast de ontwikkeling van de nieuwe productstructuur. Om die reden moet de optie worden gekozen die zo veel als mogelijk bijdraagt aan een eenvoudiger overgang naar de nieuwe productstructuur.

In het beoogde eindmodel voor de productstructuur wordt uitgegaan van een vraaggerichte (uitkomst)bekostiging, die aan de hand van het Engelse model verder wordt uitgewerkt. Dit uit zich onder andere door bij de start van de behandeling een inschatting te maken over het te verwachten behandeltraject, kosten, doorlooptijd en beoogde uitkomsten. In het Engelse model gebeurt dit via de Mental Health Clustering Tool (gebaseerd op HoNOS). Met deze informatie is het vervolgens mogelijk om in kortere tijdseenheden af te rekenen (maandelijks, aan de hand van het aantal behandeldagen).

In het kader van de doorontwikkeling moeten patiëntgroepen worden geïdentificeerd. Hierbij zal naar verwachting blijken dat vraaggerichte bekostiging mogelijk is bij bepaalde patiëntgroepen. Een voorwaarde voor vraaggerichte bekostiging is dat de inschatting (gebaseerd op de clustering tool) voldoende voorspellende waarde heeft voor de kosten. De patiëntgroepen waarbij vraaggerichte bekostiging niet passend is, moeten op een meer aanbodgerichte manier bekostigd worden. Bij deze patiëntgroepen zal optie 2 het meest passend zijn.

Eerder declareren en registratievereisten
Bij verkorting van de doorlooptijd wordt in feite de dbc-systematiek (inclusief regelgeving en registratievereisten) gebruikt om eerder te declareren. In tegenstelling tot 'tussentijds declareren' wordt de maximale doorlooptijd verkort en daarmee eerder afgeleid naar een definitieve dbc. Dit is noodzakelijk om eerder inzicht te krijgen in de definitieve schadelast.

Regelgeving is momenteel van toepassing op het niveau van dbc's met een maximale doorlooptijd van 365 dagen. Na verkorting zal een gemiddeld zorgtraject vaker bestaan uit meerdere vervolg dbc's. Bestaande afspraken en regelgeving over registratievereisten moeten hierdoor worden herijkt om een toename van de administratieve lasten te voorkomen. Het gaat hierbij onder andere over:
- Vereisten hoofdbehandelaarschap;
- Verwijsbrief;
- ROM- meting.

Maximale doorlooptijd
De periode van de maximale doorlooptijd moet nader worden bepaald. We kunnen hierbij aansluiten bij msz (120 dagen). Ook kunnen we een andere periode vaststellen, bijvoorbeeld 30 of 180 dagen. Een alternatief betreft het uitgaan van vaste declaratiemomenten (bijvoorbeeld per kwartaal). Bij vaste declaratiemomenten wordt een dbc gesloten, ongeacht de duur van de dbc.

Integraliteit van de dbc
Op het moment dat de doorlooptijd wordt verkort is het wenselijk om een verbeterslag te maken in de manier waarop prestaties aan elkaar worden gekoppeld en hier meer medisch inhoudelijke betekenis aan te geven. Dit kan bijvoorbeeld door bij de eerste dbc van een zorgtraject niet alleen een diagnose te vermelden, maar ook een inschatting te maken van het te doorlopen traject. Hierbij kan gedacht worden aan een onderscheid in kortdurend en langdurend, het behandeldoel of een indeling aan de hand van HoNOS (conform het Engelse model). Deze inschatting betreft een verrijking van de productstructuur met extra stuurinformatie, zonder gevolgen voor het te declareren tarief. De inschatting heeft momenteel immers nog onvoldoende voorspellende waarde. Hier wordt aan gewerkt in het kader van het traject zorgvraagzwaarte en de doorontwikkeling van de productstructuur.

Het is de verwachting dat de gevolgen van verkorting van de doorlooptijd voor de contractering van zorg beheersbaar zijn. Deze vindt momenteel vooral plaats met gebruikmaking van een gemiddelde prijs per patiënt en een omzetplafond.[1] De huidige manier van contractering kan daarmee worden gecontinueerd. Wel zal er sprake zijn van een éénmalige verschuiving van de schadelast, die effect heeft op de contractering in het invoeringsjaar 2017.
Belangrijk is hierbij dat we de tekortkomingen van de dbc systematiek niet oplossen met verkorting van de doorlooptijd. Het systeem blijft aanbodgericht. Het is de wens om een overstap te maken naar een meer *vraaggerichte bekostiging* en een meer inhoudelijke (selectieve) zorginkoop. De *nieuwe productstructuur* zal hierin in de toekomst verandering moeten brengen.

Eindconclusie
Zowel optie 1 als optie 2 zorgen voor eerder inzicht in de definitieve schadelast. Beide opties zorgen ook voor een aanpassing van de productstructuur en voor een intensieve implementatieperiode. Dit is ook in het advies van augustus 2014 beschreven. Bij optie 1 geldt dat 2017 vrijwel niet haalbaar is. Ook is het van belang dat optie 1 naar verwachting niet zal voldoen aan ons toetsingskader voor wat betreft kostenhomogeniteit. Optie 2 is technisch gezien uitvoerbaar per 2017, maar het zal wel betekenen dat hier de hoogste prioriteit aan gegeven moet worden. Verkorting heeft immers grote impact op regelgeving, techniek, contractering en daarmee ook op de beoogde doorontwikkeling van de productstructuur.

Optie 2 is in onze ogen inhoudelijk het meest interessant en kent ook voordelen voor wat betreft kostenhomogeniteit en flexibiliteit van de systematiek. Daarnaast levert het de meeste mogelijkheden om regelgeving te versimpelen.

Wij vragen VWS in haar besluit een afweging te maken of een intensieve implementatieperiode opweegt tegen het te bereiken doel. De intensieve implementatieperiode die gepaard gaat met de doorvoering van

[1] Vooral bij zorginstellingen wordt gewerkt met een gemiddelde prijs per patiënt. Dit geldt niet voor vrijgevestigden.

verkorting van de doorlooptijd, wordt naar onze mening alleen gerechtvaardigd wanneer de nieuwe productstructuur te lang op zich laat wachten.

Aandachtspunten voor forensische zorg
In de fz leveren zorgaanbieders periodiek informatie over het onderhanden werk (OHW), waarmee DForZo inschattingen maakt voor uitputting van contracten en de te verwachten schadelast. Gezien de aard van de zorg en het feit dat het aantal zorgaanbieders beperkt is, kan een inschatting van de schadelast bij de fz beter worden gemaakt dan bij de cggz.
Hier treedt een spanningsveld op tussen enerzijds het gelijk houden van de productstructuur van de ggz en de fz, en anderzijds de wens van DForZo om de productstructuur niet te wijzigen. Wij vragen VWS dit in haar afweging mee te nemen.

Externe consultatie
Uit de reacties naar aanleiding van de externe consultatie blijkt dat veldpartijen − met uitzondering van GGZ Nederland − het wenselijk vinden om prioriteit te geven aan de doorontwikkeling van de productstructuur. Zij benoemen daarbij hun zorgen t.a.v. de impact van verkorting en zijn bang voor vertraging bij de doorontwikkeling van de productstructuur. Indien toch voor verkorting wordt gekozen, geniet optie 2 de voorkeur.

Zorgverzekeraars Nederland is van mening dat verkorting van de doorlooptijd tot vertraging zal leiden bij de doorontwikkeling van de productstructuur. Daarbij vrezen zij voor het verlies aan stuurinformatie wanneer de doorlooptijd wordt verkort.
GGZ Nederland geeft daarentegen aan dat het verkorten van de doorlooptijd volgens optie 2 elementen bevat die enerzijds de huidige zwaarwegende problemen oplossen en anderzijds ook bijdragen aan de doorontwikkeling van de productstructuur (en de invoering hiervan zelfs kan versnellen).

Verder proces
In oktober vindt het bestuurlijk overleg over de doorontwikkeling van productstructuur plaats. De beslissing of de huidige productstructuur moet worden verkort, kan alleen worden genomen door van beiden kennis te nemen.
Gezien de complexiteit van de materie is de periode november – juni nodig om een verkorting verantwoord in te voeren. Een beslissing van VWS ná 15 november zal gevolgen hebben voor de zorgvuldigheid waarmee verkorting van de doorlooptijd kan worden ingevoerd in de release 2017. Regelgeving moet immers voor 1 juli 2016 gereed zijn.

1. Aanleiding

Diagnose Behandelcombinaties in de geestelijke gezondheidszorg (ggz) en de forensische zorg (fz) hebben een maximale doorlooptijd van 365 dagen. Een gevolg hiervan is dat de definitieve schadelast relatief laat beschikbaar komt. Het ministerie van VWS heeft ons in 2014 gevraagd hoe er eerder inzicht kan ontstaan in de definitieve schadelast. Een voor de hand liggende mogelijkheid is het verkorten van de doorlooptijd naar bijvoorbeeld 120 dagen. In de medisch specialistische zorg (msz) is deze verkorting al doorgevoerd.

Wij hebben hierover in augustus 2014[2] een advies uitgebracht en voor zowel de ggz als fz de impact geanalyseerd.[3] Het ministerie van VWS heeft ons naar aanleiding van dit advies gevraagd[4] een 'fall-back scenario' uit te werken, voor het geval dat de doorontwikkeling van de productstructuur niet tijdig tot eerdere definitieve schadelastinformatie leidt. Het ministerie van VWS vraagt ons om voor november 2015 twee opties uit te werken om de doorlooptijden per 2017 te verkorten. Deze opties zijn:
- Verkorten van de doorlooptijd, met behoud van een afleiding van behandelminuten naar tijdsklassen.
- Verkorten van de doorlooptijd, aan de hand van de werkelijk bestede tijd.

Leeswijzer
Dit advies bevat de uitwerking van de opties. Wij bespreken in dit advies achtereenvolgens:
- De opdracht en onderzoeksvragen;
- Ons advies verkorting doorlooptijd uit augustus 2014;
- Het verschil tussen verkorting doorlooptijd en tussentijds declareren;
- Optie 1: verkorting doorlooptijd met tijdsklassen;
- Optie 2: verkorting met werkelijk bestede tijd;
- Integraliteit van de dbc;
- Periode van verkorting;
- Registratieverplichtingen;
- Toetsing aan randvoorwaarden verkorting;
- Conclusie;
- De reacties van veldpartijen op de externe consultatie zijn opgenomen in bijlage 4.

[2] Zie: http://www.nza.nl/zorgonderwerpen/zorgonderwerpen/curatieve-GGZ/Nieuws/Doorlooptijd-DBCs-in-GGZ-in-2015-niet-korter/
[3] Forensische zorg is geestelijke gezondheidszorg voor volwassenen die een strafbaar feit hebben gepleegd of daarvan verdacht worden. De regelgeving van fz sluit grotendeels aan op de regelgeving in de ggz. In het vervolg van dit document maken wij daarom geen onderscheid tussen fz en ggz (tenzij dit expliciet wordt gemeld). Daar waar wij de term 'geestelijke gezondheidszorg' gebruiken (of afkorten naar ggz), bedoelen wij ook geestelijke gezondheidszorg binnen een strafrechtelijk kader. In de conclusie zullen wij enkele specifieke aandachtspunten voor fz vermelden.
[4] Opdrachtbrief 16 maart, kenmerk 737893-134275-CZ

2. Opdracht en onderzoeksvragen

In reactie op ons advies van augustus 2014 heeft het ministerie van VWS in een opdrachtbrief van 16 maart jl. aan de NZa gevraagd om een fall-backscenario uit te werken. De minister acht het van belang om alternatieve opties ter beschikking te hebben, voor het geval de doorontwikkeling van de productstructuur voor de gespecialiseerde ggz en de fz onverhoopt niet voorspoedig verloopt en/of niet tijdig de gewenste resultaten oplevert.

De twee opties zijn:
- Verkorten van de doorlooptijd, met behoud van een afleiding van behandelminuten naar tijdsklassen.
- Verkorten van de doorlooptijd, aan de hand van de werkelijk bestede tijd.

In de brief van VWS wordt de tweede optie anders omschreven en wordt de term 'tussentijds declareren' gebruikt. Om verwarring te voorkomen hebben we in overleg met VWS beide opties verduidelijkt.

Op verzoek van partijen en in overleg met VWS hebben we de methodiek van tussentijds declareren nader onderzocht. Via deze methodiek blijft de productstructuur behouden, doordat de doorlooptijd gelijk blijft aan 365 dagen. Wanneer gebruik wordt gemaakt van de virtuele afsluitingsmethode kan een tussentijdse declaratie worden verstuurd. De voor en nadelen worden in hoofdstuk 4 en bijlage 1 uitgewerkt.

Het voorliggend advies geeft de implicaties op hoofdlijnen. Zodra bekend is of er verkort moet worden, en zo ja volgens welke optie, zullen wij de optie verder uitwerken.

Randvoorwaarden
De twee opties worden hieronder verder beschreven, waarbij door VWS is gevraagd om rekening te houden met de volgende zaken:
- Verlies stuurinformatie voorkomen;
- Administratieve lasten beperken;
- Koppelen aan nieuwe productstructuur;
- Geen nieuwe jaarrekeningproblematiek creëren;
- Fout- en fraudegevoeligheid niet vergroten;
- Macrobudgettaire risico's zo klein mogelijk maken.

In aanvulling op de hierboven genoemde randvoorwaarden hebben wij ook het toetsingskader van de NZa gebruikt.[5] Gezien de impact van verkorting op de onderdelen kostenhomogeniteit en medische herkenbaarheid, zullen wij vooral op deze onderdelen ingaan. Daarnaast hebben wij ook gekeken naar de haalbaarheid van doorvoering per 2017.

Impactanalyse
Voor het beantwoorden van de onderzoeksvragen zijn simulaties uitgevoerd. Dit is gedaan om de impact van verkorting beter in kaart te brengen.

5 http://www.nza.nl/1048076/1048155/BR_CU_5044_Bijlage_Toetsingskader_Beoordeling_Productstructuur_DBC_systematiek.pdf

Bij deze analyses is gebruik gemaakt van twee bronnen:
- MDS data zoals aangeleverd door zorgaanbieders aan het DBC Informatiesysteem (DIS).
- Kostprijsgegevens per beroep (uitkomst kostprijsonderzoek 2012).

Met behulp van deze gegevens onderzoeken wij verschuivingen in het beroepsprofiel en de kostprijs van dbc's die ontstaan na verkorting.

3. Advies verkorting doorlooptijd augustus 2014

3.1 Versnelling informatievoorziening

Eén van de belangrijke wensen die door VWS benoemd zijn rondom de dbc-systematiek en bekostiging, is de versnelling van de informatie t.a.v. definitieve schadelast. Vorig jaar heeft Casemix een onderzoek[6] gepubliceerd waar mogelijke maatregelen worden gekoppeld aan de momenten waarop VWS informatie nodig heeft:
- Voorjaarsbesluitvorming (1 maart t+1);
- Verantwoordingsinformatie (1 maart t+1);
- Jaarverantwoording (31 mei t+1);
- Evaluatie BHA en MBI (1 december t+1).

Om bovenstaande taken goed te kunnen uitvoeren is definitieve schadelastinformatie benodigd.

Naast deze 'VWS-doelen' zijn er nog diverse andere doelen/wensen die worden bereikt met verkorting van de doorlooptijd:
- Snellere declaratie = betere liquiditeit (aanbieders);
- Eerder informatie over contractering en uitputting (aanbieders/ verzekeraars);
- Eerder informatie over omzetontwikkelingen, declaratiegedrag en trends (NZa);
- Eerdere zekerheid over de definitieve omzet/jaarrekeningen (aanbieders / accountants / verzekeraars).

3.2 Verkorting doorlooptijd

De effecten van verkorting van de maximale doorlooptijden zijn onderzocht en hierover is in augustus 2014 een advies uitgebracht. De gemiddelde doorlooptijd van afgesloten zorgtrajecten is ongeveer 300 dagen. Slechts 25% van de zorgtrajecten is 120 dagen of korter. Verkorting heeft dus effect op een grote meerderheid van de zorgtrajecten. Dit is anders dan in de msz, waar de doorlooptijd van de behandeltrajecten voor een groot deel korter is dan 120 dagen.

De belangrijkste resultaten van de impactanalyses waren:

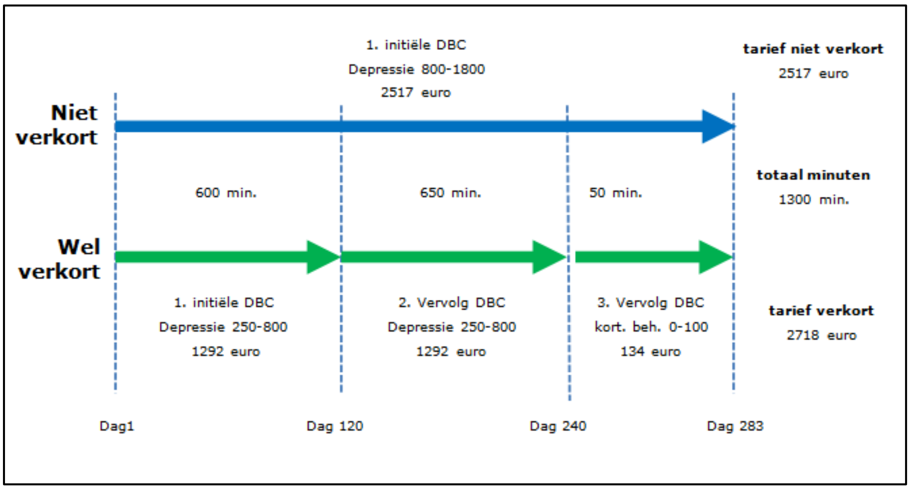
Tabel 1 Resultaten impactanalyses (advies verkorting doorlooptijden augustus 2014)

	Huidige situatie	90 dagen	120 dagen	180 dagen
Gemiddelde doorlooptijd (zorgtrajecten en onderliggende dbc's)	298 dagen	20%	25%	40%
Onderhanden Werk	81%	24%	31%	46%

In onderstaande figuur 1 geven wij schematisch weer wat het effect is van verkorting op een fictieve dbc met een doorlooptijd van 283 dagen.

[6] http://www.rijksoverheid.nl/documenten-en-publicaties/rapporten/2014/05/19/quick-scan-doelen-verbetering-informatievoorziening-zorguitgaven.html

Figuur 1 Fictief voorbeeld de effecten verkorting op een DBC van 283 dagen



Uit de impactanalyse van 2014 en het fictieve voorbeeld blijkt dat door het verkorten van de doorlooptijd een groot deel van de prestaties zal afleiden naar een kortere behandelprestatie. De belangrijkste reden hiervoor is dat de zorgtrajecten van de gespecialiseerde ggz en fz voor een groot deel langer dan 180 dagen duurt (60% heeft een doorlooptijd van 180 dagen of langer).

Het gevolg van verkorting is dat wij het begrip ‘kortdurende dbc’ moeten aanpassen aangezien lange behandeltrajecten straks opgeknipt worden in meerdere kortere dbc’s. Hierdoor verliest het begrip ‘kortdurend’ zijn medisch inhoudelijke betekenis.
Daarnaast zullen wij de tarieven moeten herijken, aangezien verkorting tot een verandering in de beroepsprofielen zal leiden. Dit betekent dat door de verkorting van de doorlooptijden de productstructuur moet worden aangepast (zie hoofdstuk 5).

3.3 Alternatieve methoden

In onze impactanalyse van augustus 2014 concludeerden wij dat alleen verkorting van de doorlooptijd eerder inzicht geeft in de definitieve schadelast. Twee alternatieven om tot eerdere schadelastinformatie te komen zijn eveneens in ons eerdere advies besproken:

Schatting op basis van uitvragen
Verzekeraars en zorgaanbieders maken vaak plafondafspraken. Op basis van deze afspraken en historische gegevens zoals bekend bij verzekeraars en zorgaanbieders kunnen inschattingen worden gemaakt van de verwachte schadelast.
Het voordeel van dit alternatief is dat er geen wijzigingen in de productstructuur noodzakelijk zijn en ook de uitvoeringslasten beperkt zijn. Belangrijk nadeel is dat er geen definitief inzicht verkregen wordt in de schadelast. Uit een eerdere analyse van NZa/ZiNL blijkt een relatief groot verschil tussen ingeschatte schadelast en definitieve schadelast. Verzekeraars geven daarbij zelf ook aan dat uitgegaan wordt van een onzekerheidsmarge van ongeveer 10%.[7]

[7] Zie marktscan GGZ 2014 deel A
http://www.nza.nl/publicaties/1048188/Marktscan_GGZ_2014_en_beleidsbrief_deel_A

Tussentijds aanleveren van OHW
Het periodiek aanleveren van onderhanden werk (OHW) kan inzicht geven in de te verwachten schadelast. Een belangrijk nadeel is dat het geen inzicht geeft in de definitieve schadelast. Het betreft slechts een inschatting:
- OHW declaraties kunnen afwijken van de uiteindelijke dbc;
- Reeds geleverde zorg (bekend via het OHW) voorspelt niet toekomstige zorg;
- OHW houdt geen rekening met plafondafspraken.

Aanpassing begrip schadelastjaar
Een vaak genoemde, maar niet eerder uitgewerkte methode betreft de aanpassing van het begrip schadelastjaar. Het primaire probleem is dat de verantwoordingscyclus van VWS niet aansluit bij het begrip schadelastjaar: alle dbc's geopend in jaar t horen bij de schadelast van jaar t. Het schadelastjaar zorgt eveneens voor problemen bij de jaarverantwoording (juni t+1) en bij het tussentijds opleveren van schadelastinformatie aan verzekeraars en het zorginstituut.
Een rigoureuze oplossing is het veranderen van de definitie van het begrip 'schadelastjaar', dusdanig dat het jaar eerder kan worden afgesloten. Dit raakt echter veel andere aspecten van het stelsel en is daarom geen oplossing voor de komende jaren.

3.4 Conclusie advies 2014

In het advies van augustus 2014 beschrijven wij dat alleen door middel van het verkorten van de doorlooptijd eerder inzicht wordt verkregen in de definitieve schadelast.
Het nadeel van de verkorting van de doorlooptijd is dat het tot aanpassing van de productstructuur leidt. Aangezien toen ook bekend was dat gewerkt werd aan de doorontwikkeling van de productstructuur, is aangegeven dat de versnelling van informatie ook in dat traject meegenomen moest worden.
Gezien de impact van verkorting adviseerden wij om de verkorting van de doorlooptijd niet eigenstandig door te voeren maar mee te nemen in de doorontwikkeling van de productstructuur. Tevens gaven wij aan dat wanneer de doorontwikkeling te lang duurt (of geen oplossing biedt voor het eerder verkrijgen van informatie over de definitieve schadelast), dat verkorten van de doorlooptijd alsnog een optie zou zijn.

4. Verkorting doorlooptijd en tussentijds declareren

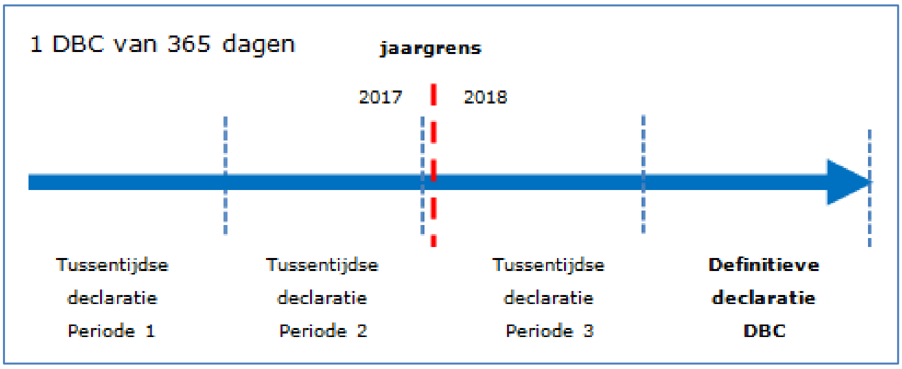
4.1 Inleiding

In dit hoofdstuk gaan we in op de verschillen tussen een systeem van tussentijds declareren en het verkorten van de doorlooptijd.
Bij tussentijds declareren wordt de doorlooptijd niet verkort en vindt er na (maximaal) 365 dagen een afleiding plaats naar de definitieve dbc.
Bij verkorting van de doorlooptijd zal eerder wordt afgeleid naar een definitieve dbc.

4.2 Tussentijds declareren

In onderstaande figuur 2 wordt schematisch weergeven hoe het proces van tussentijds declareren kan verlopen.

Figuur 2. Tussentijds declareren en een afleiding naar een definitieve dbc



Volgens deze methodiek kunnen periodiek tussentijds declaraties worden verstuurd (bijv. aan de hand van de virtuele afsluitmethode of de wekelijk bestede tijd).
De definitieve afleiding naar een dbc vindt echter pas plaats na 365 dagen. Om twee redenen zorgt dit ervoor dat tussentijds declareren niet leidt tot eerder inzicht in de definitieve schadelast:

- *Regelgeving is van toepassing op de dbc*
  Regelgeving is van toepassing op de definitieve dbc en niet op de tussentijdse declaraties. Pas na afloop van het traject van maximaal 365 dagen wordt bekend of de dbc rechtmatig was en naar welke behandelgroep wordt afgeleid. Dat kan leiden tot crediteringen en verschillen tussen het bedrag dat tussentijds is gedeclareerd en de definitieve eindafrekening. Verrekening met een omzetplafond kan ook pas plaatsvinden nadat de definitieve dbc is ontvangen.

- *Schadelast gebaseerd op datum opening dbc*
  De schadelast die behoort bij de definitieve dbc wordt volledig toegerekend naar het jaar waarop de dbc is geopend. Tussentijds declareren, verandert hier niets aan. Wanneer bij een dbc de jaargrens wordt overschreden, worden de tussentijdse declaraties in

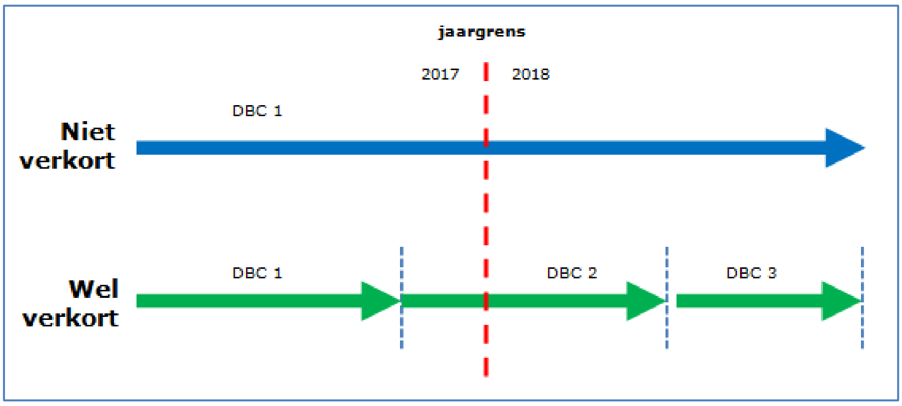
t+1 verstuurd. Maar de definitieve schadelast wordt nog steeds toegerekend aan jaar t.[8]

Tussentijdse declaraties kunnen wel worden gebruikt om tot een betere inschatting van de schadelast te komen. Wij verwachten echter dat de onzekerheidsmarges te groot zijn om daadwerkelijk een verbetering op te leveren ten opzichte van de huidige manier waarop ramingen worden gemaakt. Bijlage 1 gaat hier nader op in.

4.3 Verkorting doorlooptijd

In tegenstelling tot tussentijdse declaraties wordt na verkorting van de doorlooptijd eerder afgeleid naar een definitieve dbc. In onderstaande figuur geven we dit schematisch weer.

Figuur 3. Bepaling schadelast aan de hand van de openingsdatum



In het bovenste voorbeeld van figuur 3 wordt de gehele (niet verkorte) dbc ten laste gebracht van 2017. Dat is immers de startdatum van de dbc.
Indien de dbc wordt verkort komen de eerste twee declaraties ten laste van 2017. De derde declaratie komt ten laste van 2018. Nadat de tweede declaratie is ontvangen, kan de definitieve schadelast voor 2017 worden bepaald. Hierdoor is de definitieve schadelast van 2017 eerder bekend.

4.4 Conclusie

Het verkorten van de maximale doorlooptijd en zodoende eerder versturen van *definitieve* dbc's is noodzakelijk om eerder inzicht te krijgen in de definitieve schadelast. Via het verkorten van de doorlooptijd wordt de dbc-systematiek (inclusief bestaande regelgeving en registratievereisten) gebruikt om sneller te declareren.

Het is hierbij belangrijk om te bepalen welke registratievereisten van toepassing kunnen blijven op dbc's die sterk zijn verkort. In hoofdstuk 9 gaan we hier verder op in. In de volgende twee hoofdstukken zullen we eerst optie 1 en optie 2 uitwerken.

[8] Een rigoreuze oplossing is het veranderen van de definitie van het begrip 'schadelastjaar'. Maar zoals in paragraaf 3.3 is beschreven raakt dit veel aspecten van het stelsel en is daarom geen oplossing voor de komende jaren.

5. Uitwerking optie 1 – verkorting met tijdsklassen

5.1 Inleiding

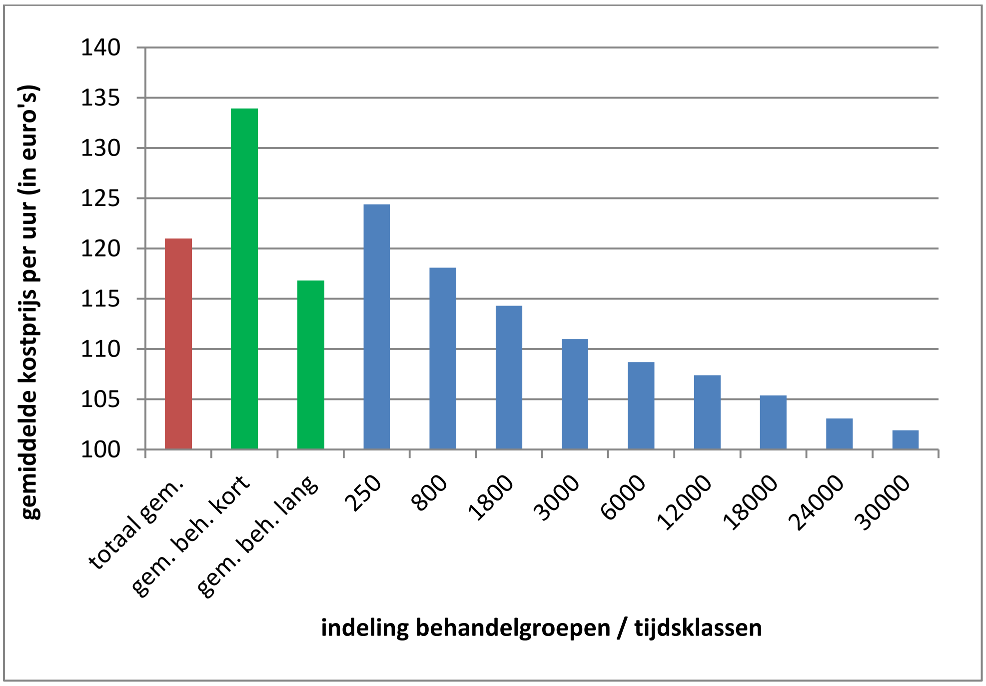
In deze optie wordt de doorlooptijd verkort, waarbij het idee van tijdsklassen behouden blijft. De effecten van optie 1 worden getoond op het niveau van kostprijseffecten. Ook gaan we in op wat er voor nodig is om een systematiek van tijdsklassen werkend te houden, wanneer de maximale doorlooptijd wordt verkort.

Hieronder kijken we eerst naar de kostprijzen van verschillende tijdsklassen en behandelgroepen. Na een verdiepende analyse volgt in paragraaf 5.4 een conclusie.

5.2 Effecten verkorting doorlooptijd optie 1

Kostprijzen met een doorlooptijd van 365 dagen
Niet alle prestaties kennen dezelfde kostprijs wanneer deze wordt omgerekend naar een bedrag per uur. Zoals ook uit de tarieven blijkt, zit er een groot verschil tussen de kostprijs van kortdurende en langdurende behandelgroepen.

Figuur 4 Gemiddelde kostprijs per uur per tijdsklasse



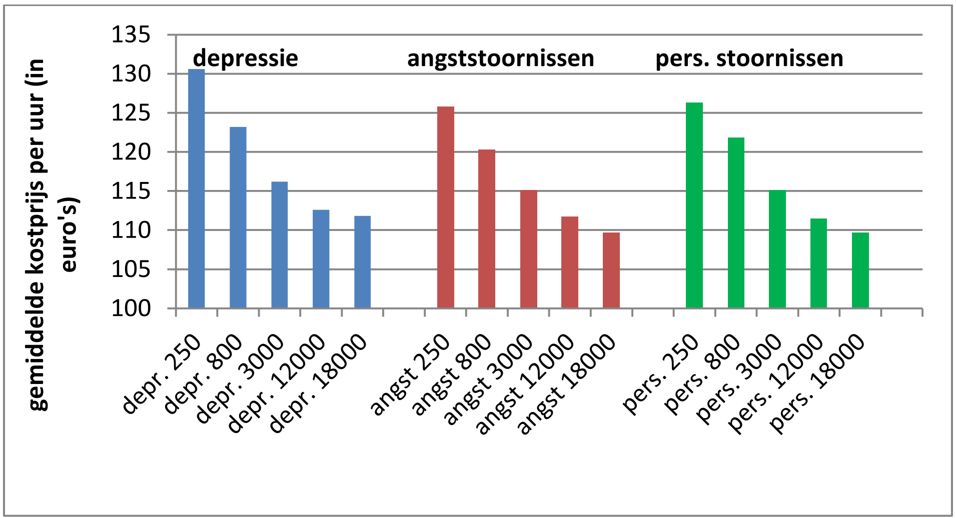
In bovenstaande figuur 4 presenteren wij per tijdsklasse wat de gemiddelde zwaarte is van het beroepsprofiel. De zwaarte is uitgedrukt in een gemiddelde kostprijs per uur, die volgt uit de inzet van behandelaars.[9]

[9] Voor deze analyse is gebruik gemaakt van de uitkomsten van het meest recente kostprijsonderzoek. Op basis hiervan zijn de gewogen gemiddelde kostprijzen per beroepsgroep bepaald. Door deze uitkomsten toe te passen op het gemiddelde beroepsprofiel van een dbc, kan de gemiddelde kostprijs berekend worden.

De gemiddelde kostprijs per uur voor alle dbc's betreft 121 euro. De kostprijs van de behandelgroep 'behandeling kort' ligt 13 euro *hoger* dan het gemiddelde. De kostprijzen per uur van de langdurende groepen liggen zo'n 4 euro *lager* dan het gemiddelde. Deze verschillen worden veroorzaakt door een verschil in behandelinzet (ook wel de disciplinemix of het beroepsprofiel genoemd).

Wanneer we onderscheid maken tussen de verschillende behandelgroepen (diagnoses), dan zijn bij elke behandelgroep vergelijkbare effecten waar te nemen. De gemiddelde kostprijs per uur verschilt weinig tussen de afzonderlijke diagnosehoofdgroepen. Verschillen tussen kortdurende en langdurende behandelgroepen zijn veel groter. In onderstaande figuur wordt dit grafisch weergegeven.

Figuur 5 Kostprijzen per tijdsklasse en per diagnosehoofdgroep



De profielen van langdurende en korter durende behandelgroepen zullen zich vermengen wanneer de doorlooptijd wordt verkort. Het profiel van de dbc's die ontstaan na verkorting van de doorlooptijd, zal zich daarmee uitmiddelen richting het totaal gemiddelde (de eerste rode balk van figuur 4).

De gemiddelde kostprijs per uur van de kortdurende dbc's zal daarmee zo'n 9,6% dalen en van de langdurende dbc's gemiddeld met zo'n 3,6% stijgen. Dit effect op de gemiddelde kostprijs per uur kan overigens niet één op één geëxtrapoleerd worden naar dbc-tarieven. Doordat de kostprijzen een belangrijke pijler vormen voor de uiteindelijke tarieven, kan echter verondersteld worden dat een gelijksoortige verschuiving in de tarieven zal optreden. De effecten voor individuele aanbieders kunnen groot zijn (afhankelijk van de specifieke doelgroep van de zorgaanbieder).

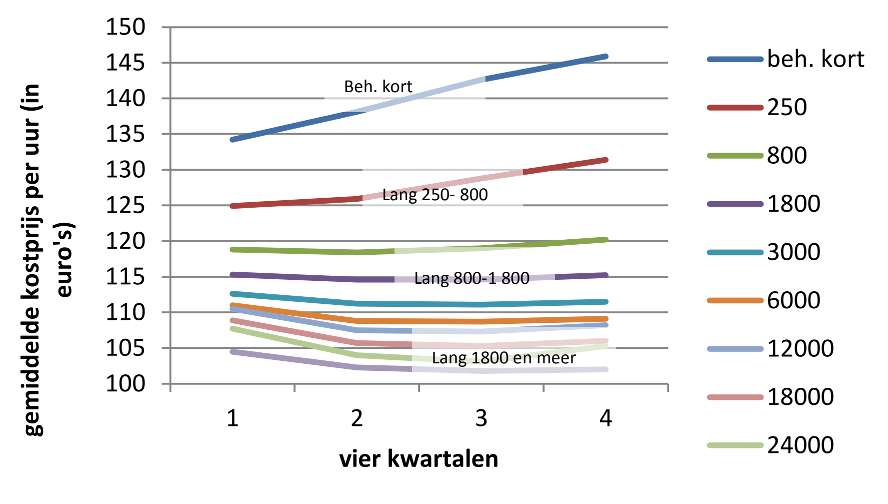
Kostprijzen met kortere maximale doorlooptijd

Ten slotte hebben we gekeken naar de gemiddelde kostprijs per uur wanneer een DBC wordt opgesplitst in vier periodes van 90 dagen.[10]

De genoemde bedragen zijn niet geïndexeerd. Voor deze analyse is het immers relevant wat de relatieve veranderingen zullen worden.

[10] Analyses zijn gedaan voor verschillende tijdsspannen (30, 90 en 120 dagen). Dit leidt niet tot andere resultaten.

Figuur 6 Gemiddelde kostprijs per uur per periode voor verschillende tijdsklassen



Uit bovenstaande figuur 6 blijkt dat het beroepsprofiel van langdurende dbc's *vanaf de eerste start* van een behandeltraject verschilt met het beroepsprofiel van kortdurende dbc's.

Het gemiddeld uurtarief van langdurende dbc's ligt veel lager, wat erop wijst dat er gemiddeld minder hoog opgeleid personeel wordt ingezet. Bij langdurende dbc's worden vaak multidisciplinaire teams ingezet die bestaan uit een mix van verpleegkundigen en psychologen/psychiaters. Dit verschil is bij zowel instellingen als vrijgevestigden waarneembaar.

5.3 Heterogene patiëntgroepen: splitsen of vermengen

Naar aanleiding van bovenstaande analyses kan worden geconcludeerd dat de prestaties momenteel heterogene patiëntgroepen bevatten:
- Een groep met een kortere behandeling en relatief duur personeel.
- Een groep met een langere behandeling in multidisciplinaire teams.

Dit effect wordt nu gemitigeerd door de opsplitsing in tijdsklassen bij een doorlooptijd van 365 dagen. Dit effect zal wel optreden wanneer de maximale doorlooptijd van dbc's wordt verkort.
Het onderscheid tussen kortere en langere behandeltrajecten (met een verschillende kostprijs per uur) zal door verkorting van de doorlooptijd verloren gaan. De beroepsprofielen van kortere en langere dbc's zullen zich met elkaar vermengen. Dit gaat ten koste van de kostenhomogeniteit (zie ook bijlage 2).

Om het nadelige effect van deze vermenging te vermijden moet een splitsing worden gemaakt in de productstructuur. Dat houdt in dat er aparte prestaties komen met een eigen zorgprofiel. Hierdoor ontstaat een tarief dat aansluit bij de zorg die de patiëntengroep normaal gesproken ontvangt. Op basis van figuur 6 kan geconcludeerd worden dat zorgaanbieders in staat lijken om in een vroeg stadium een bewust onderscheid te maken tussen beide doelgroepen en het voorgestelde zorgaanbod hierop aan te passen. Vanaf het begin wordt er immers een ander zorgaanbod geleverd.
Er is op dit moment echter geen gedragen criterium hoe deze patiëntgroepen vooraf (op basis van de zorgvraag) goed van elkaar kunnen worden onderscheiden.

Het is voor de NZa daarom niet mogelijk deze splitsing in de productstructuur aan te brengen. Zonder kennis van het criterium waarop gesplitst moet worden, is het beroepsprofiel (en daarmee het tarief) niet te bepalen. Het zorgvraagzwaartetraject en ook het project doorontwikkeling zijn bezig met het onderscheiden van patiëntgroepen, zodat dit in de toekomst wel mogelijk wordt.

5.4 Conclusie optie 1

De prestaties bevatten momenteel heterogene groepen patiënten waarvan de behandeling voor wat betreft de gemiddelde kostprijs per uur van elkaar verschilt. Kortdurende dbc’s kennen een hogere kostprijs per uur dan langdurende dbc’s.

Het is wenselijk dat deze dbc’s van elkaar gescheiden blijven. Dat is echter na verkorting niet mogelijk, aangezien het splitsen van deze groepen op basis van de zorgvraag per 2017 nog niet mogelijk is. Wanneer de doorlooptijd wordt verkort en de prestaties niet worden gesplitst, zullen de beroepsprofielen van de dbc’s zich met elkaar vermengen. Dit zal tot een lagere kostenhomogeniteit leiden.

Het beroepsprofiel van de dbc’s die ontstaan na verkorting, zal zich uitmiddelen. Tarieven van langdurende dbc’s zullen daarmee stijgen en tarieven van kortdurende dbc’s dalen, terwijl dit vaak niet terecht zal zijn. De kwaliteit van de tarieven neemt daarmee af.

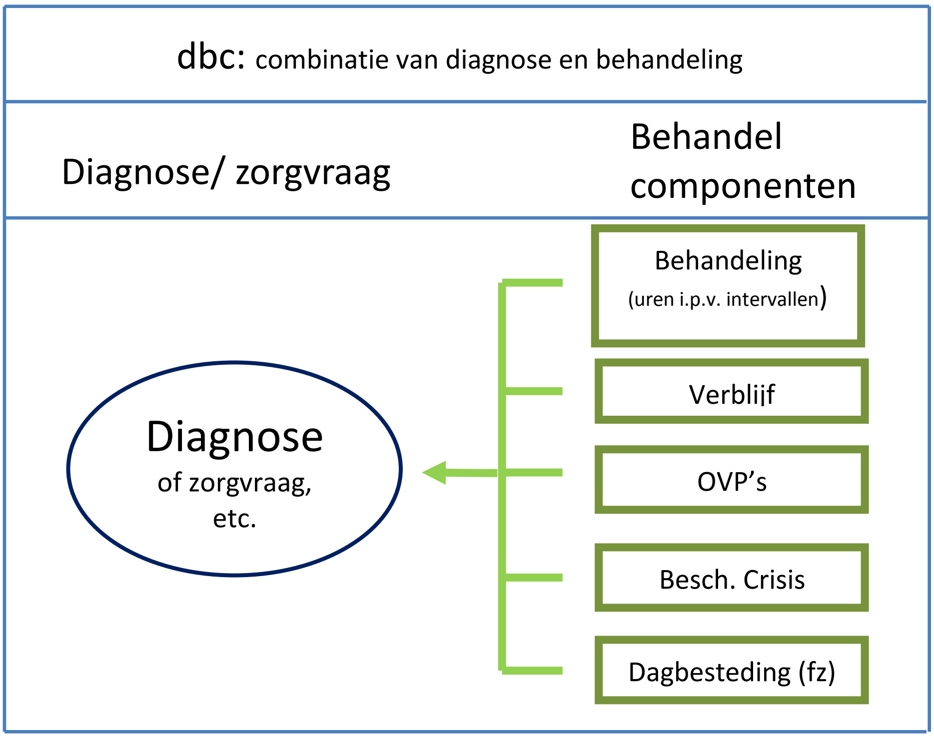
6. Uitwerking optie 2 – verkorting met werkelijke bestede tijd

6.1 Inleiding

De tweede optie die VWS ons vraagt uit te werken is in feite een variant op de verkorting van de doorlooptijd optie 1. Het verkorten van de maximale doorlooptijd van een dbc blijft ook bij optie 2 noodzakelijk voor het eerder inzichtelijk maken van de schadelast.

In deze variant verandert er op zichzelf niets aan de afleiding naar een dbc zoals die momenteel wordt opgebouwd uit verschillende componenten/deelprestaties. In onderstaande figuur 7 is schematisch weergegeven uit welke componenten een dbc is opgebouwd.

Figuur 7 Schematische weergave van de opbouw van een dbc



Het verschil met optie 1 is dat de behandelminuten wel kunnen worden afgeleid naar een tijdsklasse (bijv. 250-800 minuten), maar dat deze tijdsklasse niet is gekoppeld aan een maximum tarief. De bekostiging van de zorg gebeurt bij optie 2 door nieuw te ontwikkelen losse deelprestaties behandeling (bijv. via een maximum uurtarief). Hieronder gaan wij daar nader op in.

6.2 Mogelijke uitwerking

Er zijn verschillende manieren om optie 2 in te vullen. Wij gaan uit van de meest basale vorm: er blijft een dbc die lijkt op de huidige productstructuur, <u>maar met een verkorte doorlooptijd van bijvoorbeeld 120 dagen</u>. Dat is niet anders dan in optie 1. Indien gewenst kunnen bij de te declareren prestaties ook de huidige prestatieomschrijvingen gebruikt worden (bijv. depressie 250-800 minuten). Het tarief dat bij

deze declaratie wordt gedeclareerd wordt samengesteld op basis van de werkelijk bestede tijd en het vastgestelde maximum uurtarief. De overige deelprestaties (bijv. verblijf), worden hieraan toegevoegd.

Ter verduidelijking wordt hieronder optie 2 uitgewerkt in de context van de ontwikkeling die vanaf 2012 heeft plaatsgevonden:

- Situatie 1: dbc met verblijf in tijdsklassen (t/m 2011);
- Situatie 2: dbc met aparte deelprestaties verblijf (vanaf 2012);
- Situatie 3: uitwerking optie 2 (met fictieve uurtarieven).

Situatie 1: Een dbc gestart t/m 2011	
Depressie 800-1800 minuten	2.517 euro
8 t/m 14 dagen – 101 t/m 200 euro	2.223 euro
	------------ +
	4.740 euro

Situatie 2: Een dbc gestart vanaf 2012	
Depressie 800-1800 minuten	2.517 euro
3 x verblijfsdag A (3 x 182 euro)	546 euro
8 x verblijfsdag B (8 x 220 euro)	1.760 euro
	------------ +
	4.823 euro

Situatie 3: Een dbc ziet er in optie 2 als volgt uit	
Depressie 800-1800 minuten	
12 x 1 uur psychiater (12 x 140 euro)	1.680 euro
12 x 1 uur verpleegkundige (12 x 70 euro)	840 euro
3 x verblijfsdag A (3 x 182 euro)	546 euro
8 x verblijfsdag B (8 x 220 euro)	1.760 euro
	------------ +
	4.826 euro

Uit gesprekken met de sector blijkt een sterke behoefte om de prestatiebeschrijvingen in de huidige dbc-structuur te behouden. Wij zijn daarom hierboven uitgegaan van een variant met vergoeding op basis van uurtarieven waarbij de huidige diagnosehoofdgroepen en tijdsklassen in stand blijven. Hoewel de prestaties dezelfde naam behouden (dus inclusief vermelding van het tijdsinterval), wordt het tarief voor wat betreft het behandeldeel bepaald aan de hand van het uurtarief.

Tariefafspraken worden vervolgens dus niet meer gemaakt over de huidige maximum dbc-tarieven (behandelgroepen in een tijdsklasse) maar over de maximum uurtarieven.

6.3 Loskoppeling informatie en bekostiging

Bij de huidige dbc-systematiek en productstructuur is de informatie over de zorgvraag en behandeling gekoppeld aan een maximumtarief. De zorgvraag (uitgedrukt in DSM IV classificering) bepaalt samen met het aantal minuten naar welke behandelgroep wordt afgeleid. En per behandelgroep is slechts één maximum tarief vastgesteld.

De wijziging die nodig is om de werkelijk bestede tijd te declareren, lijkt op de aanpassing die in 2012 is ingevoerd voor verblijf met overnachting. Voor 2012 werden geen afzonderlijke verblijfsdagen gedeclareerd, maar viel een verblijfsdag in een bepaalde tijdsrange (een cohort van bijv. 8 t/m 14 dagen). In 2012 zijn zeven aparte deelprestaties voor verblijfsdagen vastgesteld met een maximum dagtarief.

Voor behandeltijd kan eenzelfde exercitie worden uitgevoerd. In plaats van tijdsranges kunnen deelprestaties behandeling worden vastgesteld met maximumtarieven per uur.

De dbc blijft in optie 2 vervolgens een combinatie van deelprestaties behandeling, deelprestatie verblijf, en de overige behandelcomponenten. Het is in optie 2 niet zo dat deelprestaties los worden gedeclareerd. Declaratie zal plaats blijven vinden via de dbc en dus in samenhang met de diagnose en de overige behandelcomponenten.

In optie 2 wordt de informatie over de zorgvraag/behandeling en de hoogte van het tarief van elkaar losgekoppeld. Er is immers bij optie 2 niet één maximum tarief voor het behandeldeel bij de prestatie 'Depressie 800-1800 minuten'. Het tarief hangt af van de hoeveelheid geleverde zorg.

6.4 Varianten voor uurtarieven

In de huidige dbc-systematiek wordt het aantal minuten patiëntgebonden tijd opgeteld en afgeleid naar een specifieke tijdsklasse. Het maximumtarief is gebaseerd op een gemiddelde inzet van beroepen in die tijdsklasse. Bij de declaratie wordt geen rekening gehouden met het specifieke beroep en de werkelijke kostprijs van het beroep dat de tijd heeft besteed. Verschillen tussen de maximumtarieven van behandelgroepen ontstaan door profielverschillen.

Bij optie 2 wordt de werkelijk bestede tijd bekostigd, zonder afleiding naar een tijdsklasse. In plaats van een tijdsklasse wordt een deelprestatie met een maximumtarief per uur vastgesteld. Hiervoor kunnen verschillende varianten worden ontwikkeld:[11]

- Algeheel gemiddeld uurtarief voor alle beroepen.
- Gedifferentieerd uurtarief in een beperkt aantal clusters, bijvoorbeeld: mbo, hbo, Universitair, Universitair + en medisch specialist.
- Gemiddeld uurtarief per beroep uit beroepentabel.
- Gemiddeld uurtarief per beroep uit beroepentabel, gedifferentieerd naar instelling en vrijgevestigd.

6.5 Systeemprikkels

Afhankelijk van de gekozen variant zullen verschillende systeemprikkels optreden. Hoe deze verschillende prikkels op elkaar in zullen werken, is op voorhand niet te bepalen of via simulaties te analyseren. Hieronder zullen we dit nader beschrijven.

[11] Een vijfde variant is ook mogelijk waarbij een maximumtarief per zorgactiviteit wordt vastgesteld. Deze variant is wat betreft uitwerking gecompliceerder en wordt om die reden niet expliciet opgenomen als variant.

Tarief vrijgevestigden versus instellingen
Wanneer gewerkt wordt met een gedifferentieerd uurtarief (variant 3), zal de zorg die door vrijgevestigden wordt geleverd − op het eerste gezicht − mogelijk minder aantrekkelijk worden dan de zorg die wordt geleverd door instellingen. Instellingen werken immers vaker met multidisciplinaire teams dan vrijgevestigden en kennen daarmee naar verwachting een gemiddeld lager uurtarief. Dit geldt echter niet voor alle gevallen. Instellingen leveren immers ook kortdurende trajecten die monodisciplinair zijn (bijv. kortdurende psychotherapie).

Daarnaast kan de monodisciplinaire zorg die een vrijgevestigde levert niet zonder meer vergeleken worden met de multidisciplinaire zorg in een instelling. In de huidige systematiek bestaat een gelijk maximum tarief voor eenzelfde behandeling (bijv. Depressie 1.800-3.000 minuten). Met een gedifferentieerd uurtarief zal dat niet meer het geval zijn. Het is echter de vraag of je kunt aangeven of het daadwerkelijk eenzelfde behandeling en zorgvraag is. De huidige prestaties zijn aan de hand van DSM IV classificaties en een tijdsindeling zeer globaal omschreven en een brede variëteit aan zorgvragen en behandelvormen kan hierbinnen vallen.

Tijdsklassen versus deelprestaties per uur of dag
Tijdsklassen brengen het probleem van upcoding met zich mee: er bestaat een financiële prikkel om dusdanig veel zorg te leveren dat net een volgende tijdsgrens wordt bereikt. Hierdoor kan in veel gevallen een hoger tarief worden gedeclareerd.
Anderzijds bestaat er een prikkel bij grotere tijdsklassen om gematigd om te gaan met behandelinzet wanneer verwacht wordt dat de volgende tijdsklasse niet kan worden bereikt. Hoewel dit enerzijds een doelmatigheidsprikkel genoemd kan worden, ontstaat er ook een gevaar voor onderbehandeling. Daarnaast ontstaat een prikkel om een dbc vroegtijdig te sluiten en een vervolg dbc te openen.

In de huidige bekostiging is de prikkel om 'dure dbc's' te laten ontstaan vrij sterk. Een extra uur behandeling kan een groot effect sorteren. Met afspraken over een omzetplafond en een gemiddelde prijs per patiënt creëren verzekeraars een buffer tegen sterke vormen van upcoding.

Wanneer gewerkt wordt met deelprestaties per uur (of per verblijfsdag, zoals in 2012 is ingevoerd), kan er een sterkere volumeprikkel ontstaan. De prikkel om in een volgende tijdsklasse te komen, is verdwenen. De prikkel om gematigd om te gaan met tijd is echter ook verdwenen.

Nadat in 2012 de tijdsklassen voor verblijf zijn afgeschaft hebben wij geen signalen ontvangen dat het aantal verblijfsdagen sterk is toegenomen (vanwege een volumeprikkel). Analyses kunnen hier echter niet over worden uitgevoerd. Ten tijde van implementatie was ambulantisering en beddenafbouw een belangrijk onderwerp en stond hoog op beleidsagenda's. Dit onderwerp is nog steeds zeer actueel. Een afname van het aantal verblijfsdagen sinds 2012 is om deze reden niet toe te schrijven aan een verandering in de bekostiging. De afspraken hierover in Bestuurlijk Akkoorden en in de zorginkoop tussen aanbieder en verzekeraar zijn meer bepalend. Het is daarom niet mogelijk om een uitspraak te doen of de volumeprikkel daadwerkelijk tot meer dagen heeft geleid.

Het effect van het afschaffen van tijdsklassen (indien wordt overgegaan naar deelprestaties voor behandeling) is daarmee lastig te voorspellen. Het is namelijk niet mogelijk dit effect te isoleren, aangezien er andere oorzaken kunnen zijn. Denk bijvoorbeeld aan afspraken tussen aanbieder

en verzekeraar over ambulantisering die eveneens tot meer uren kunnen leiden.
Daarnaast kunnen afspraken door verzekeraars over een omzetplafond en over een gemiddelde prijs per patiënt ook hier een buffer creëren tegen het ontstaan van 'dure dbc's'. Feitelijk verschilt dit niet van wat er nu gebeurt, alleen moeten de bestaande afspraken worden herijkt.

'open einde financiering'
Tenslotte moet aangegeven worden dat het verkorten van doorlooptijd niet tot een verdere 'open einde financiering' zal leiden. In dat opzicht verandert er namelijk weinig ten opzichte van de huidige situatie. De huidige tarieven zijn weliswaar (bij een zeer hoog aantal behandelminuten) gemaximeerd. Maar de systematiek biedt voldoende mogelijkheden - bijvoorbeeld door middel van parallelle behandeltrajecten - om deze inperking te omzeilen. Kort gezegd: de P is gemaximeerd, maar de Q niet. Dit zal eveneens gelden voor de situatie die ontstaat na het verkorten van de doorlooptijd (volgens zowel optie 1 als optie 2).
Op het moment dat bij de eerste initiële dbc ook een verwachting wordt meegeleverd over het te volgende behandeltraject, is een verzekeraar beter in staat om uitgaven te monitoren (zie ook paragraaf 7.3). Bij stelselmatige afwijking kan de verzekeraar hierover in gesprek gaan met de zorgaanbieder. Daarnaast kunnen afspraken over omzetplafond en gemiddelde kosten per patiënt overschrijdingen voorkomen.

Conclusie systeemprikkels
Het is een feit dat systeemprikkels zullen wijzigen. Waar de huidige bekostiging een aantal prikkels heeft, geldt dat ook voor elke nieuwe vorm.[12] Afhankelijk van de wens – voorstander van verkorting of de wens om huidige systematiek in stand te houden – kunnen positieve, dan wel negatieve prikkels worden benadrukt. Het effect van de wijzigingen in systeemprikkels is echter niet te voorspellen. Evenals bij de huidige vorm van de DBC systematiek zullen afspraken tussen verzekeraar en aanbieder meer bepalend zijn voor het volume van de geleverde zorg dan verandering in bekostiging.

6.6 Conclusie optie 2

Evenals optie 1 zal ook bij optie 2 de productstructuur veranderen en zal regelgeving moeten worden aangepast. De verandering is vergelijkbaar met de aanpassingen die bij verblijf in 2012 zijn ingevoerd. Echter, het betreft dan wel een tweeledige verandering: verandering van bekostiging en verkorting van de doorlooptijd. Het voordeel van optie 2 is dat wanneer gewerkt wordt met een gedifferentieerd uurtarief, dat het onderscheid tussen kortere en langere behandeltrajecten – wat tot uiting komt in een verschillende kostprijs per uur – niet verloren gaat. Daarbij is geen herijking noodzakelijk van de profielen.

Optie 2 zal leiden tot een verschuiving van systeemprikkels. De uitkomst hiervan kan onvoldoende worden voorspeld. Hierbij dient vermeld te worden dat elk systeem zijn eigen systeemprikkels kent en dat afspraken tussen verzekeraars en aanbieders meer bepalend zijn voor de uitkomsten dan een verandering in de bekostiging.

---

[12] Zie voor een uitgebreide analyse van onbedoelde prikkels van de dbc systematiek in de ggz het advies van het CPB '*Unintended effects of reimbursement schedules in mental health care*' (http://www.cpb.nl/en/publication/unintended-effects-reimbursement-schedules-mental-health-care).

7. Integraliteit van de dbc

7.1 Aanbodgeoriënteerd

Idealiter wil je aan de hand van de zorgvraag van een patiënt de geleverde zorg bekostigen. Vanwege het ontbreken van een indicator die de kosten van een behandeling voldoende voorspelt, kan het onderscheid in zorgaanbod tussen heterogene groepen vooralsnog alleen aan de hand van het aanbod worden bepaald. Alvorens *vraaggericht* te kunnen werken zal op twee onderdelen een verbeterslag moeten worden gemaakt:

Omschrijving zorgvraag/doelgroep
Doelgroepen met eenzelfde zorgvraag en/of behandeldoel moeten nauwkeuriger worden gedefinieerd, waardoor deze groepen ook daadwerkelijk met elkaar kunnen worden vergeleken.

Beschrijving behandeling
Richtlijnen t.b.v. de behandeling moeten per afgebakende doelgroep worden opgesteld.

Op het moment dat er consensus bestaat t.a.v. de behandeling en er ook op een gestandaardiseerde wijze wordt gewerkt, zal de zorgvraag voorspellend kunnen worden voor de geleverde zorg.[13] Op het moment dat ook uitkomsten op een goede manier kunnen worden gemeten, kan de overstap gemaakt worden naar een meer *vraaggerichte bekostiging* en een meer inhoudelijke (selectieve) zorginkoop.

De huidige systematiek evenals de systematiek die ontstaat na verkorting doorlooptijd zal hier geen verandering in brengen. Het systeem blijft daarmee *aanbodgericht*. Deze tekortkomingen van de dbc-systematiek en de beperkingen die dit met zich meebrengt voor de zorginkoop worden niet opgelost door verkorting van de doorlooptijd. Hier wordt momenteel aan gewerkt in het kader van de doorontwikkeling van de productstructuur. Zoals beschreven in hoofdstuk 3 is verkorting van de doorlooptijd om andere redenen wenselijk.

7.2 Twee voordelen van 365 dagen doorlooptijd

Dbc's met een doorlooptijd van 365 dagen hebben een voordeel voor wat betreft de integraliteit van het zorgproduct. Dit voordeel moet echter niet overschat worden. Gemiddeld genomen bestaat een zorgtraject (de volledige behandeling die meerdere jaren kan beslaan) uit 1,3 dbc's. Ongeveer 56% van de dbc's die zijn geopend in 2012 zijn onderdeel van een zorgtraject die meerdere dbc's bevat. Deze dbc's vertegenwoordigen een groot deel van de omzet (67%).
Voor de zorginkoop kan de dbc daarmee in een meerderheid van de gevallen niet als een integraal product worden gezien.

Een ander voordeel van een doorlooptijd van 365 dagen is dat het negatieve effect van het feit dat je vooraf niet kunt voorspellen wat de

[13] In een recente policy brief van het CPB wordt aangegeven dat er in de ggz meer dan bij andere zorgvormen onzekerheid is over de diagnose en de wijze van behandelen. Ook is het volgens het CPB voor aanbieders uitermate lastig om aan te tonen welke behandeling of hoeveel behandeling nodig is. http://www.cpb.nl/publicatie/vijf-aanknopingspunten-voor-doelmatigheid-in-de-curatieve-zorg

zorgvraag is, enigszins gemitigeerd wordt. Bij het afsluiten van een behandeling weet je in welk tijdsinterval de dbc terecht komt en krijgt – afhankelijk daarvan – een hoger of lager tarief per uur (zie paragraaf 5.2).

De beide voordelen van de huidige doorlooptijd zullen verdwijnen op het moment dat de doorlooptijd wordt verkort. De systematiek krijgt daarmee een – sterker dan nu al het geval is – 'aanbod-georiënteerd' karakter. Vooral bij verzekeraars zal dit tot weerstand leiden.
Aan het einde van de behandeling is een verzekeraar weliswaar in staat enig inzicht te krijgen waarvoor de zorg is geleverd. Na 365 dagen beschikt de verzekeraar immers over dezelfde hoeveelheid informatie als in de huidige situatie het geval is. Gedurende de behandeling krijgt de verzekeraar echter vaker declaraties die medisch-inhoudelijk weinig betekenisvol zijn. Volledige behandeltrajecten worden immers vaker dan nu het geval is, opgeknipt in meerdere dbc's.

7.3 Overzicht en koppeling van declaraties

Op het moment dat de doorlooptijd wordt verkort, is het noodzakelijk om een verbeterslag te maken in de manier waarop prestaties aan elkaar worden gekoppeld en hier meer medisch inhoudelijke betekenis aan te geven. Dit kan bijvoorbeeld gebeuren door bij de eerste dbc van een zorgtraject niet alleen een diagnose te vermelden, maar ook een inschatting te maken van het te doorlopen traject. Hierbij kan worden gedacht aan een onderscheid in kortdurend en langdurend, het behandeldoel, de doelgroep of aan de hand van zorgvraagzwaarte-index en/of HoNOS. Ook kan voor de inschatting de huidige indeling van tijdsintervallen worden gebruikt.

De inschatting die bij de eerste dbc van een zorgtraject wordt meegeleverd, kan nog geen gevolgen hebben voor het te declareren tarief. De inschatting heeft immers momenteel nog onvoldoende voorspellende waarde om hierop een tarief te baseren. Hier wordt momenteel aan gewerkt in het kader van het traject zorgvraagzwaarte en de doorontwikkeling van de productstructuur. Totdat de voorspellende waarde voldoende is, zal de hoogte van het tarief moeten worden bepaald aan de hand van de geleverde zorg binnen die periode. Dit kan via tijdsintervallen (zie optie 1) of aan de hand van werkelijk bestede tijd (optie 2).

De transparantie wordt met de meegeleverde inschatting vergroot. Met deze informatie kan gedurende een zorgtraject door een verzekeraar gemonitord worden wat het verloop is. Daarnaast kan deze informatie gebruikt worden in de onderhandeling tussen zorgverzekeraar en zorgaanbieder.

De voorspelbaarheid van de zorg vormt feitelijk de kern van de discussies die gevoerd worden in de ggz. Alleen wanneer we hier invulling aan kunnen geven kunnen we tot een succesvol alternatief komen waarmee zowel de financiële als de inhoudelijke belangen gediend worden. De uitkomst van het project doorontwikkeling productstructuur zal hierin bepalend zijn.

Als opstap naar de nieuwe productstructuur kan de inschatting voor het verloop van een traject meegeleverd worden (zonder dat dit gevolgen heeft voor het tarief). Het gaat hierbij dan om een verrijking van de productstructuur met extra stuurinformatie. Deze inschatting kan

overigens zowel aan de huidige als een verkorte productstructuur worden toegevoegd.[14]

7.4 Contractering

Het is de verwachting dat de gevolgen van verkorting van de doorlooptijd voor de inkoop en verkoop van zorg beheersbaar zijn. Contractering vindt momenteel vooral plaats met gebruikmaking van een gemiddelde prijs per patiënt en een omzetplafond.[15] Daarnaast wordt veel onderhandeld over zaken die geen directe relatie hebben met de productstructuur, zoals beddenafbouw, ROM en hoofdbehandelaarschap.[16]

In de huidige situatie (met een doorlooptijd van 365 dagen) komt het voor dat bij één patiënt vier parallelle zorgtrajecten zijn geopend die ieder bestaat uit meerdere dbc's. Dat neemt niet weg dat per patiënt en per schadelastjaar een gemiddelde prijs kan worden berekend.
In de situatie die zal ontstaan na verkorting zullen er weliswaar meer zorgtrajecten uit meerdere dbc's bestaan, maar de methodiek waarmee dbc's aan elkaar worden gekoppeld, verandert op zichzelf niet. Ook kan op eenzelfde manier een gemiddelde prijs per patiënt worden berekend. De huidige manier waarmee zorg wordt ingekocht kan daarmee worden gecontinueerd.

Het is de wens om een overstap te maken naar een meer *vraaggerichte bekostiging* en een meer inhoudelijke (selectieve) zorginkoop. De *nieuwe productstructuur* zal hierin in de toekomst verandering moeten brengen.

Eénmalige verschuiving schadelast
Er dient wel rekening gehouden te worden met een éénmalige verschuiving van de schadelast in het invoeringsjaar (2017). Dit heeft om die reden ook éénmalige gevolgen voor de bepaling van het omzetplafond van een zorgaanbieder en de gemiddelde prijs per patiënt per schadelastjaar.

De oorzaak van deze éénmalige verschuiving is dat de dbc's in het jaar voordat verkorting is doorgevoerd (2016) nog wel een lange doorlooptijd van 365 dagen hebben. Het zijn deze zogenaamde 'overloop dbc's' die vanwege hun uitloop leiden tot een lager aantal geopende dbc's in het invoeringsjaar. Het gevolg hiervan is dat dit tot leidt tot een éénmalig lagere schadelast in het invoeringsjaar (2017).

Deze éénmalige verschuiving trad ook op bij de medisch specialistische zorg (msz).[17] Vanuit deze sector heeft de NZa signalen ontvangen dat het verkorten van de doorlooptijd van dbc-zorgproducten het afsluiten van contracten heeft bemoeilijkt.[18]
Voor de ggz/fz is het eveneens de verwachting dat verkorting van de doorlooptijd effect heeft op de contratering voor het invoeringsjaar. Dit komt doordat de financiële gevolgen van de doorlooptijdverkorting,

---

[14] Hierbij dient rekening gehouden te worden met privacy-regelgeving. Bij de doorontwikkeling naar de nieuwe productstructuur is dit ook expliciet als randvoorwaarde benoemd.
[15] Vooral bij zorginstellingen wordt veelal gewerkt met een gemiddelde prijs per patiënt. Dit geldt niet voor vrijgevestigden.
[16] Zie Marktscan ggz 2014 deel B en beleidsbrief: http://www.nza.nl/publicaties/1048188/Marktscan_ggz_2014_deel_B_en_beleidsbrief
[17] Zie: http://www.nza.nl/104107/138040/bijlagemap/Bijlage_6_bij_RZ15a-Toelichting_bij_brief_doorlooptijd_DBC-zorgproducten.pdf
[18] Zie de marktscan MSZ 2014: http://www.nza.nl/104107/105773/953131/Marktscan_Medisch_Specialistische_Zorg_2014_incl_beleidsbrief.pdf

bijvoorbeeld voor het omzetplafond en de gemiddelde prijs per patiënt, soms moeilijk in te schatten zijn voor individuele zorgaanbieders. Tijdige besluitvorming hierover is om deze redenen noodzakelijk. Negatieve gevolgen voor het contracteerproces moeten zo veel als mogelijk worden voorkomen.

8. Periode van verkorting

Een belangrijke vraag die moet worden beantwoord op het moment dat wordt verkort, is de vraag hoe lang de maximale periode dient te worden.

De keuze van 120 dagen - waarover VWS in de brief spreekt - is gebaseerd op de msz, waarin een groot deel van de behandelingen korter zijn dan 120 dagen. In de ggz en fz is dit niet het geval, waardoor een keuze voor 120 arbitrair zou zijn. Ook kan gewerkt worden met vaste declaratiemomenten (bijv. per kwartaal). Op deze manier wordt de doorlooptijd ook verkort. Het werken met vaste declaratiemomenten heeft als voordeel dat een dbc altijd gesloten wordt in het jaar dat de dbc is geopend. Kalenderjaar wordt daarmee gelijk aan het schadelastjaar (zie ook bijlage 3).

De voor- en nadelen van de verschillende periodes zullen wij moeten overwegen. De brief van VWS laat hiertoe ook ruimte.

Hoe korter de doorlooptijd, des te groter de voordelen voor wat betreft de liquiditeitspositie (en behoefte aan bevoorschotting) van zorgaanbieders en voor versnelling van informatievoorziening. Tegelijkertijd neemt met een sterkere verkorting ook de impact op de productstructuur (en regelgeving) en de éénmalige verschuiving van de schadelast toe.[19]

Indien voor optie 1 wordt gekozen zullen de tijdsklassen aangepast moeten worden. De hogere tijdsklassen zullen immers verdwijnen. Ook zal het aantal dbc's in de lagere tijdsklassen toenemen, waardoor deze tijdsklassen mogelijk verfijnd moeten worden. Wanneer gekozen wordt voor een maximale doorlooptijd van 30 dagen of voor vaste declaratiemomenten, zal het werken met tijdsklassen nagenoeg onwerkbaar zijn. Optie 2 is in dat opzicht flexibeler.

Bij de doorontwikkeling van de productstructuur wordt gezocht naar een logische indeling voor doorlooptijden/evaluatiemomenten. De doorontwikkeling laat zich inspireren door het zgn. Engelse model, waarin per behandelcluster een genormeerd evaluatiemoment bestaat. Overigens zijn er ook behandelclusters waarbij dit moment pas na een jaar is. De doorontwikkeling leidt daarmee tot eerder inzicht in de schadelast, zij het niet voor de gehele populatie.

---

[19] Nadat VWS een besluit heeft genomen over verkorting van de doorlooptijd kunnen wij macro-analyses uitvoeren om het effect op de schadelast te analyseren.

9. Registratieverplichtingen

Momenteel worden door de NZa verschillende verplichtingen gesteld bij de registratie en declaratie van een dbc. Het gaat hierbij o.a. om het schrijven van directe tijd van de hoofdbehandelaar bij de diagnosestelling en de voorwaarde van directe tijd in de behandeling. Een groot deel van deze regelgeving is verwerkt in de validatieregels die elke aanbieder verplicht is in te bouwen.
Daarnaast hebben aanbieders en verzekeraars private afspraken gemaakt binnen deze regelgeving, onder meer in het jaarrekeningtraject. Deze afspraken bepalen welke declaraties acceptabel zijn en welke niet.

Als de productstructuur verandert, moeten we de regelgeving herijken. Waar nu regels bestaan op het niveau van dbc's van maximaal 365 dagen, moet dit straks op het niveau van dbc's van bijvoorbeeld 30 of 120 dagen (of een andere periode). Dit heeft (zowel bij optie 1 als optie 2) de volgende gevolgen:

- Sommige regels zullen hierdoor mogelijk meer impact krijgen. De voorwaarden rondom directe tijd gelden dan bijvoorbeeld per dbc van 30 of 120 dagen in plaats van 365 dagen.
- Andere regels krijgen wellicht minder impact. Het gaat hier om bijvoorbeeld activiteiten die wel of niet samen mogen met een crisis-dbc. Bij een kortere dbc is de kans op zo'n verboden samenloop kleiner.
- Een gewenste aanpassing betreft het vermelden van diagnoses bij kortdurende dbc's wanneer deze worden opgevolgd door een vervolg dbc. Aangezien de betekenis van kortdurende dbc zal wijzigen, zal dit tot aanpassing van regelgeving moeten leiden.
- Daarnaast zullen ook de private afspraken tussen aanbieders en verzekeraars herijkt moeten worden: ook die zijn op basis van de huidige dbc's.

Een vaker genoemd alternatief is dat de regels – ook na verkorting – grotendeels op het niveau blijven van het behandeltraject met de huidige doorlooptijd van 365 dagen (die dus uit meerdere dbc's kunnen bestaan). Dat klinkt aantrekkelijk, maar heeft grote nadelen. Zowel de validatie als de formele en materiële controle kan dan pas gebeuren als de doorlooptijd van 365 dagen is bereikt. Als er een fout is gemaakt, moet de creditering wél op niveau van 30/120 dagen gebeuren. Dit zorgt voor jaarrekeningproblematiek en biedt per saldo maar beperkte extra zekerheid t.o.v. de huidige situatie.
Daarnaast ontstaat een complexe situatie waarbij een deel van de regelgeving betrekking heeft op de dbc met de verkorte doorlooptijd en een deel betrekking heeft op het gehele traject met een doorlooptijd van 365 dagen (bestaande uit meerdere dbc's).

Vervolg-dbc's
Door verkorting van de doorlooptijd zullen veel zorgtrajecten bestaan uit meerdere vervolg-dbc's. In regelgeving wordt onderscheid gemaakt tussen vereisten ten aanzien van de eerste (initiële) dbc en de latere vervolg-dbc's. Het gaat hierbij o.a. om vereisten rondom hoofdbehandelaarschap. Afspraken rondom ROM meting bij vervolg dbc's en verwijsbrieven zijn gemaakt tussen verzekeraars en zorgaanbieders. Om administratieve lasten te voorkomen (bij zowel verzekeraars als zorgaanbieders) zullen bestaande regels en afspraken moeten worden herijkt. Dit geldt voor zowel regelgeving van de NZa als controleafspraken tussen verzekeraars en aanbieders.

Regelgeving rondom de risicoverevening vereist dat kosten opgegeven en verantwoord worden op het niveau van individuele declaraties van verzekerden. Dit zorgt voor een intensieve controleketen tussen aanbieder, zorgverzekeraar en NZa. Met verkorten van de doorlooptijd neemt het aantal declaraties toe en wordt deze keten dus drukker (zowel in optie 1 als optie 2), terwijl het absolute risico per declaratie afneemt.

Een mogelijkheid om deze drukte structureel aan te pakken, is door uit te gaan van verantwoording op het niveau van (patiëntgroepen van) een zorgaanbieder i.p.v. individuele verantwoording. Dit vereist wel een fundamentele wijziging van de risicoverevening en zal niet op korte termijn geregeld zijn. Het is wel interessant om hier goed naar te kijken. Overigens geldt ditzelfde bij de doorontwikkeling van de productstructuur en bij de jaarrekeningproblematiek.

Conclusie
Verkorting van de doorlooptijd betekent dat de regelgeving moet worden herijkt. Dit kan kwetsbaar zijn gezien de lopende jaarrekeningproblematiek. Niet alleen de regelgeving en de validatieregels, maar ook de afspraken die veldpartijen onderling hebben gemaakt moeten worden herijkt.

10. Randvoorwaarden verkorting

In voorgaande hoofdstukken zijn de gevolgen van de verkorting van de doorlooptijd in kaart gebracht en zijn de beide opties gepresenteerd. Hieronder geven wij een kort overzicht van de gevolgen van beide opties. De bespreking doen wij aan de hand van de randvoorwaarden die door VWS zijn benoemd:
- Verlies stuurinformatie voorkomen;
- Administratieve lasten beperken;
- Koppelen aan nieuwe productstructuur;
- Geen nieuwe jaarrekeningproblematiek creëren;
- Fout- en fraudegevoeligheid niet vergroten;
- Macrobudgettaire risico's zo klein mogelijk maken.

In overleg met VWS voegen wij hier aan toe:
- Kostenhomogeniteit behouden: de prestaties die de NZa vaststelt mogen niet (te) kostenheterogeen zijn;
- Haalbaarheid van invoering per 1 januari 2017.

Verlies aan stuurinformatie
Zonder aanpassing van registratievereisten zal er verlies aan stuurinformatie optreden.

Kortdurende dbc's verliezen haar betekenis en zijn niet te onderscheiden van langdurende dbc's. Het aantal kortdurende dbc's (die opgevolgd worden door een andere dbc) zal sterk toenemen. Momenteel geldt voor kortdurende behandeling geen verplichting voor het registreren van een diagnose. Het aantal dbc's zonder diagnose-informatie zal daarmee toenemen.

Mogelijke oplossing: Dit verlies aan stuurinformatie kan deels worden voorkomen door een informatieverplichting op te leggen bij de eerste dbc van een zorgtraject. Hierin dient het te verwachten traject te worden opgenomen. De declaraties die een verzekeraar gedurende het behandeltraject ontvangt verkrijgen daarmee een meer medisch-inhoudelijke betekenis. Deze informatie kan daarnaast worden gebruikt om te monitoren en bij de onderhandelingen tussen aanbieder en verzekeraar in het contracteringsproces. Hiermee zou eveneens een eerste stap gezet kunnen worden naar de nieuwe productstructuur.

Daarnaast kan een verplichting worden opgelegd om ook diagnose informatie mee te leveren bij kortdurende dbc's indien de dbc om administratieve redenen wordt afgesloten. Er is immers niet sprake van een kortdurende zorg op het moment dat de kortdurende dbc wordt opgevolgd door een andere dbc.

Administratieve lasten beperken
Het aantal declaraties zal door verkorting van de doorlooptijd sterk toenemen. Op zich is dit een grotendeels geautomatiseerd proces. De controles op de declaraties dienen vaak wel handmatig te gebeuren. Anderzijds zal door de verkorting de productstructuur veranderen en zal dit leiden tot veranderingen in de inkoop en controle van declaraties. Op het moment dat een doorlooptijdverkorting wordt doorgevoerd, zijn meer administratieve lasten niet te vermijden. Zoals eerder aangegeven kan optie 2 zorgen voor een vereenvoudiging van publieke regelgeving. Op termijn kan deze optie daarmee voor minder administratieve lasten zorgen. Voor optie 1 geldt dit niet.

Koppelen aan nieuwe productstructuur
Wanneer wordt besloten dat de voorgenomen wijzigingen in het kader van de doorontwikkeling niet voldoende of niet tijdig handvaten biedt voor versnelling informatievoorziening, kan één van twee de opties worden ingezet. Daarom is aangegeven dat de optie gekozen moet worden die zo veel als mogelijk zal bijdragen aan een eenvoudiger overgang naar de nieuwe productstructuur. Op die manier wordt verkorting niet een extra verandering naast de ontwikkeling van de nieuwe productstructuur.

Met de wens om de dbc-systematiek en bijbehorende productstructuur transparanter, meer medisch herkenbaar en eenvoudiger te maken is een traject gestart om de productstructuur door te ontwikkelen. Een absolute randvoorwaarde bij deze wens is om de definitieve schadelast eerder inzichtelijk te krijgen.
De doorontwikkeling wordt gekenmerkt door het inzichtelijk maken van de zorgvraag van de patiënt, de benodigde behandelinzet en het kunnen sturen op de behaalde behandeldoelen en kwaliteitseisen. Om dit te kunnen doen worden de Engelse mental health clusters als inspiratie gebruikt. De reden hiervoor is dat de zorgvraag binnen dit zorgsysteem centraal staat en de manier waarop informatie over de patiënt verantwoord moet worden door de behandelaar beter aansluit bij het zorgproces tussen patiënt en zorgaanbieder.

Het inhoudelijk eindmodel[20] voor de doorontwikkeling zal op verschillende elementen een versnelling van de informatie over de zorgkosten betekenen:

− ‘Review periode’/evaluatiemomenten

Eén van de elementen die leidt tot het eerder beschikbaar komen van schadelastinformatie, is de invoering van standaard evaluatiemomenten. Er is voor gekozen om aan elk cluster een maximaal evaluatiemoment[21] toe te kennen. De lengte van deze doorlooptijd is afhankelijk van de zorgvraag van de patiënt.
De invoering van de maximale evaluatiemomenten in de dbc-systematiek zal een versnelling van de schadelastinformatie betekenen. Dit geldt overigens niet voor alle producten. Vele clusters kennen een maximale doorlooptijd van 6 maanden of korter, maar enkele clusters kennen ook een maximale doorlooptijd van een jaar. Voor het sneller verkrijgen van inzicht in de definitieve schadelast zal er dus meer nodig zijn dan alleen het invoeren van deze maximale evaluatiemomenten.

− Genormeerde clusterprijs door inschatting van de zorgvraag en bijbehorende kosten

De inschatting van de zorgvraag voordat de behandeling daadwerkelijk start, zal leiden tot een betere voorspelling vooraf. De relatie tussen de zorgvraag en bijbehorende behandelinzet (op groepsniveau) wordt uitgedrukt in genormeerde maximumtarieven per prestatie. De zorgkosten kunnen hiermee beter worden ingeschat. Het blijft echter een inschatting. Wanneer de zorg eerder wordt afgerond of afgebroken zal een lager bedrag in rekening worden gebracht dan het genormeerde maximumtarief. Daarnaast is er geen voorspelling of het cluster gevolgd

[20] Vooralsnog uitgaande van een model dat lijkt op een systematiek dat in Engeland gehanteerd wordt. De invulling hiervan wordt nog besloten in het bestuurlijk overleg.
[21] Dit is analoog aan de opdeling van dbc’s binnen een geheel zorgtraject. Het zorgtraject kan enkele jaren beslaan, de dbc’s zijn administratieve onderdelen binnen dit zorgtraject. Met het nieuwe eindmodel is het zorgtraject nog steeds de aaneenschakeling van dbc’s, maar de doorlooptijd van deze dbc’s zijn afhankelijk van een inhoudelijke component, namelijk de zorgvraag.

zal worden door een andere prestatie.

− Maandelijks declareren

Het idee van Engeland met betrekking tot de bekostiging is dat er maandelijks wordt gedeclareerd op basis van aanwezigheidsdagen (dagtarieven). Omdat de maximale doorlooptijd en een genormeerde clusterprijs bekend is, kunnen deze twee door elkaar gedeeld worden (voorbeeld: genormeerd tarief is 3.000 euro; maximale doorlooptijd is 30 dagen; dagtarief is maximaal 100 euro). Per maand wordt het aantal dagen dat een patiënt behandeling heeft ontvangen in rekening gebracht. Dit betreft een definitieve afrekening, waardoor deze schadelast ook eerder bekend is.

Het verantwoordingsniveau van de bekostiging van de behandeling ligt op dagniveau en niet op minuut- of uurniveau. De reden hiervoor is dat Engeland uitgaat van uitkomstbekostiging. Daarbij stuurt de betaler de zorgaanbieders niet op de tijd die is besteed aan de behandeling, maar op de zorgvraag en voortgang of het behalen van behandeldoelen.

Wat betreft de doorontwikkeling in relatie tot verkorting van de doorlooptijd zijn er een drietal aandachtspunten:

- In het beoogde eindmodel wordt een gestandaardiseerde afname van de zorgvraag en voorspelling/inschatting meegegeven voor start van de behandeling met behulp van de clustertool. In de huidige systematiek en bijbehorende productstructuur wordt niet met een inschatting gewerkt. Zoals in paragraaf 7.3 aangegeven is het meegeven van een voorspelling van de te verwachten behandeling ook bij verkorting van de doorlooptijd wenselijk.

- Bij patiëntgroepen waar vraaggerichte bekostiging mogelijk is, is het de wens dat er *niet* (financieel) gestuurd en verantwoord zal worden op de precieze gegeven behandeling. Bij verkorting (beide opties) is de tijdsregistratie wel bepalend voor de hoogte van het te declareren bedrag. Beide opties van verkorting zijn voor deze patiëntgroepen niet passend.

- Bij patiëntgroepen waar totale vraaggerichte bekostiging *niet* mogelijk is, moet een combinatie van vraaggerichte financiële prikkels (normering en uitkomsten) en aanbodgerichte financiële prikkels (uurtarieven) ingezet worden. Hierbij gaat het bijvoorbeeld om patiënten die vaak in hun inschatting bijgesteld moeten worden met gebruik van transitieprotocollen (ze fluctueren regelmatig in hun zorgvraag) en waarbij moeilijk uitkomsten meetbaar zijn. Het inhoudelijk model biedt voor deze patiëntgroepen ruimte om andere bekostigingsinstrumenten in te zetten.
  Onderzocht moet worden om welke patiëntgroepen dit gaat. Wanneer bij deze patiëntgroepen wordt gewerkt met tijdsintervallen als bekostigingsvorm, zullen beroepsprofielen aan de hand van inhoudelijke criteria moeten worden berekend. Het gevaar is hierbij aanwezig dat heterogene groepen worden gemengd (zoals ook beschreven in paragraaf 5.3). Voor deze patiëntgroepen lijkt een bekostigingsvorm zoals beschreven in optie 2 meer voor de hand liggend. Herijking van de tarieven aan de hand van heterogene beroepsprofielen van een dbc is bij optie 2 niet aan de orde.

Conclusie

In het kader van de doorontwikkeling moeten patiëntgroepen worden geïdentificeerd. Hierbij zal naar verwachting blijken dat vraaggerichte bekostiging mogelijk is bij bepaalde patiëntgroepen. Een voorwaarde voor vraaggerichte bekostiging is dat de inschatting voldoende

voorspellende waarde heeft voor de kosten. De patiëntgroepen waarbij vraaggerichte bekostiging niet passend is, moeten op een meer aanbodgerichte manier bekostigd worden. Bij deze patiëntgroepen zal optie 2 het meest passend zijn.

Geen nieuwe jaarrekeningproblematiek creëren
Verkorting heeft op zichzelf een positief effect. Declaraties kunnen immers eerder worden verstuurd, waardoor ook eerder duidelijkheid kan komen over de rechtmatigheid van de declaratie. Daarnaast biedt optie 2 ook mogelijkheden om de systematiek en regelgeving eenvoudiger en flexibeler te maken.

Echter, er zullen wijzigingen in de regelgeving optreden. Daarmee zal een intensieve implementatieperiode doorlopen moeten worden. VWS, NZa en veldpartijen hebben een traject achter de rug waarin de huidige regelgeving en de toepassing hiervan zijn geanalyseerd en verwerkt in de controlecyclus. Door de wijzigingen van regelgeving zal hier opnieuw aandacht aan moeten worden besteed.

Het risico op nieuwe jaarrekeningenproblematiek is daarmee groot. Dit zorgt voor een dilemma. De jaarrekeningproblematiek is deels veroorzaakt door de huidige, complexe dbc-systematiek. Elke beweging om deze complexiteit op te heffen zorgt kortstondig voor onduidelijkheid en daarmee een groter risico op nieuwe jaarrekeningproblematiek. Er moeten echter voorkomen wordt dat hiermee een patstelling wordt bereikt. Het is immers niet wenselijk dat een versimpeling niet wordt doorgevoerd wanneer de implementatie als te complex wordt ervaren.

Macrobudgettaire risico's zo klein mogelijk maken
Elke wijziging van de productstructuur leidt tot macrobudgettaire risico's. De tarieven zijn gebaseerd op enerzijds een kostprijsonderzoek per beroep en anderzijds op het beroepsprofiel van de dbc.
Als de productstructuur wijzigt, dan moet ook een nieuwe casemix worden bepaald. Als deze inschatting niet klopt, neemt het risico toe.

Meer kortdurende dbc's
Optie 1 zal leiden tot een sterke toename van het aantal kortdurende dbc's. Omdat we hier een aanname moeten maken hoe de huidige prestaties worden verdeeld over de nieuwe productstructuur, is het risico hier het grootst.
Theoretisch is het macro-effect gelijk aan nul, aangezien de kostprijsstijging door profielveranderingen van langdurende dbc's evenredig is aan de kostprijsdaling van kortdurende dbc's.[22] Het is echter mogelijk dat door bijvoorbeeld beleidswijzigingen (zoals invoering basis ggz) de zorg in de gespecialiseerde ggz zwaarder wordt. Hierdoor zullen er in de toekomst minder kortdurende dbc's en meer langdurende dbc's geleverd worden. Hierdoor kunnen in de praktijk – vanwege casemix verschuivingen – wel degelijk effecten ontstaan.[23]
Optie 2 is wat betreft uitvoering eenvoudiger en kent niet het risico dat gepaard gaat met aannames over de verdeling van prestaties over de nieuwe productstructuur.

Gedragseffecten
Bij beide opties zijn er mogelijke gedragseffecten die niet goed gesimuleerd kunnen worden. Zo is bij optie 1 sprake van een sterkere

[22] De effecten voor individuele aanbieders kunnen echter groot zijn (afhankelijk van de specifieke doelgroep van de zorgaanbieder).
[23] Hierbij gaan wij er overigens vanuit dat de splitsing van de productstructuur bij optie 1 vooralsnog niet mogelijk is. Zie paragraaf 4.3.

upcodingsprikkel en is er bij zowel optie 1 als optie 2 sprake van een sterkere volumeprikkel dan bij een doorlooptijd van 365 dagen (zie paragraaf 6.5 voor een nadere uiteenzetting van systeemprikkels).

Instrumenten van verzekeraars
De grootste macrobudgettaire risico's liggen echter niet in de bekostigingssystematiek, maar zijn afhankelijk van de hoeveelheid zorg die wordt gevraagd en de hoeveelheid zorg die wordt ingekocht. De instrumenten die verzekeraars nu inzetten om overschrijdingen tegen te gaan – waaronder plafondafspraken en een maximum prijs per patiënt – zullen ook na verkorting van de doorlooptijd de risico's op overschrijdingen moeten tegengaan.

Fout- en fraudegevoeligheid niet vergroten
Tijdsklassen brengen een sterke prikkel tot upcoding (en onderbehandeling) met zich mee. Met het vermelden van de werkelijk bestede tijd op de factuur (zoals recent is ingevoerd) heeft een verzekeraar meer sturingsmogelijkheden. Daarnaast biedt een omzetplafond en een gemiddelde prijs per patiënt een buffer tegen sterke vormen van upcoding. Desondanks blijven tijdsklassen een sterke perverse prikkel in zich hebben en zijn de stuurmogelijkheden bij ongecontracteerde zorg en minder extreme vormen van upcoding beperkt.

Verkorting van de doorlooptijd brengt met zich mee dat meerdere keren tijdens een behandeltraject naar een gunstig segment van een tijdsinterval kan worden afgeleid. De fraudegevoeligheid neemt hierdoor toe bij optie 1. Dit nadeel kent optie 2 niet.

De dbc's in de hogere tijdsklassen met grotere tijdsintervallen bieden een prikkel om bij een overschrijding van een tijdsgrens gematigd om te gaan met inzet. Anderzijds bestaat er natuurlijk een prikkel om dusdanig veel zorg te leveren dat net een hogere tijdsklasse wordt behaald. Hierbij worden aanbieders op basis van afspraken met verzekeraars beperkt in hun ruimte om 'dure' dbc's te produceren. Dit kan bijv. door een gemiddelde prijs per patiënt af te spreken.
Wanneer deze tijdgrenzen worden verfijnd (hogere tijdsklassen met grotere tijdsintervallen zullen verdwijnen bij optie 1) of worden afgeschaft (optie 2) verdwijnt de prikkel om gematigd om te gaan met inzet.

Zoals in paragraaf 6.5. is aangeven, is het effect van de wijzigingen in systeemprikkels niet te voorspellen. Evenals bij de huidige vorm van de dbc-systematiek zullen afspraken tussen verzekeraar en aanbieder meer bepalend zijn voor het volume van de geleverde zorg dan verandering in bekostiging.

Fout- en fraudegevoeligheid zijn verder afhankelijk van de complexiteit van de regelgeving. Hoe complexer de regels, hoe meer kans op fouten en fraude. Optie 2 kan uiteindelijk (na een intensieve implementatieperiode) zorgen voor eenvoudiger regels en daarmee een kleinere kans op fouten en fraude. Regelgeving die bijvoorbeeld te maken heeft met het te vroeg sluiten en heropenen van een dbc, zal eenvoudiger vormgegeven kunnen worden in optie 2. Bij optie 1 verandert er niets aan de complexiteit van de regelgeving zelf.

Kostenhomogeniteit behouden
De huidige prestaties zijn voldoende kostenhomogeen voor in- en verkoop van dbc's. Optie 1 levert hier een ernstig probleem op, tenzij de productstructuur wordt aangepast aan de hand van een criterium waarmee patiëntgroepen vooraf kunnen worden gescheiden. Omdat dit

vooralsnog niet mogelijk is, zal optie 1 naar verwachting niet voldoen aan eisen rondom kostenhomogeniteit. Optie 2 – wanneer uitgegaan wordt van een gedifferentieerd uurtarief – is juist kostenhomogener dan de huidige productstructuur.

Belangrijk is daarbij ook dat optie 2 het meest flexibel is. Wanneer gewerkt wordt met tijdsintervallen, wordt het maximumtarief gebaseerd op twee onderdelen:
- de kostprijs van tijdschrijvende beroepen;
- de gemiddelde inzet van beroepen in een tijdsklasse (beroepsprofiel).

Bij optie 2 dient evenals bij optie 1 een kostprijs per beroep te worden bepaald. Bij optie 2 hoeft echter geen herijking plaats te vinden aan de hand van de gemiddelde inzet van beroepen.
Deze herijking van het beroepsprofiel brengt extra risico's met zich mee voor de kostenhomogeniteit. Dit is bijvoorbeeld het geval wanneer heterogene groepen worden samengevoegd tot één prestatie of nieuwe prestaties voor de nieuwe productstructuur worden ontwikkeld.

Realisatie per 2017
Optie 1 zien we als vrijwel niet haalbaar per 2017. In optie 1 worden twee heterogene groepen samengevoegd binnen één prestatie (aangezien het vooralsnog niet mogelijk is om deze aan de hand van de zorgvraag te splitsen). De risico's van kostenheterogene prestaties en een mismatch in de casemix is te groot. Deze optie zou mogelijk per 2018 wel haalbaar zijn, wanneer de twee heterogene groepen vooraf wel op een goede manier van elkaar gescheiden kunnen worden.

Optie 2 is haalbaar per 2017. Het grootste risico is hier het herijken van de regelgeving (inclusief alle validatieregels) en de impact op de systemen van aanbieders en verzekeraars. Om regelgeving op 1 juli 2016 te kunnen publiceren is veel inzet nodig van zowel NZa als veldpartijen.

11. Eindconclusie

Zowel optie 1 als optie 2 zorgen voor eerder inzicht in de definitieve schadelast. Bij beide opties wordt immers de doorlooptijd verkort. Echter, beide opties zorgen per definitie voor een aanpassing van de productstructuur en voor een intensieve implementatieperiode.

Afhankelijk van de periode waarnaar verkort wordt, kan er stuurinformatie verloren gaan. Het is in dat geval aan te raden om bij de start van de dbc een inschatting van het in te zetten traject mee te geven.

Optie 2 is in tegenstelling tot optie 1 technisch gezien uitvoerbaar per 2017. Het zal wel betekenen dat hier de hoogste prioriteit aan gegeven moet worden.

Optie 2 is in onze ogen inhoudelijk het meest interessant en kent ook voordelen voor wat betreft kostenhomogeniteit en flexibiliteit van de systematiek. Daarnaast levert het ook de meeste mogelijkheden om regelgeving te versimpelen. De risico's rondom de verschuiving van prikkels, de administratieve lasten en de jaarrekeningproblematiek zijn beheersbaar, maar wel groot.

VWS dient in haar besluit een afweging te maken of een intensieve implementatieperiode opweegt tegen het te bereiken doel.

Aandachtspunten voor forensische zorg
Het verzoek dat de aanleiding vormt voor dit advies is vanuit VWS verstuurd. De productstructuur van de ggz en de fz komen grotendeels overeen. Dit is bewust gedaan omdat diverse aanbieders zowel ggz als fz leveren. Vanuit het Ministerie van V&J is geen verzoek gekomen om de doorlooptijd aan te passen.

De context waarin fz wordt geleverd en ingekocht verschilt met die van de cggz. Een groot deel van de kosten wordt geleverd door slechts een beperkt aantal zorgaanbieders (FPC's). De langdurige en intensieve zorg die in FPC's wordt geleverd, verschilt met de zorg in de cggz.
In de fz leveren zorgaanbieders periodiek informatie over het OHW, waarmee DForZo inschattingen maakt over uitputting van contracten (en daarmee het ontstaan van wachtlijsten) en de te verwachten schadelast. Gezien de aard van de zorg en het feit dat het aantal zorgaanbieders zeer beperkt is, is de inschatting van de schadelast bij fz beter te maken dan bij de cggz.

Hier treedt een spanningsveld op tussen enerzijds het gelijk houden van de productstructuur van de ggz en de fz, en anderzijds de wens van DForZo om de productstructuur niet te wijzigen. Indien de doorlooptijd in de ggz wordt verkort, maar in de fz niet, worden aanbieders met twee verschillende productstructuren geconfronteerd. Dit kan negatieve gevolgen hebben voor de continuïteit van patiëntenzorg.
Indien de doorlooptijd in de ggz én de fz wordt verkort, wordt de sector geconfronteerd met een intensieve implementatieperiode. Wij vragen VWS dit in haar afweging mee te nemen.

Verder proces
Wij brengen deze in oktober uit zodat VWS tijd heeft om kennis te nemen van deze technische materie. In oktober vindt ook het bestuurlijk overleg over de productstructuur plaats. De beslissing of de huidige

productstructuur moet worden verkort, kan alleen genomen worden door van beiden kennis te nemen.

We beschrijven in dit rapport de relatie met het beoogde eindmodel binnen de doorontwikkeling. Maar er zal pas een definitieve conclusie kunnen worden gevormd na het bestuurlijk overleg. Na het bestuurlijk overleg zal de NZa op korte termijn adviseren over het plan van aanpak om de productstructuur verder te ontwikkelen. Hierbij geven we ook aan hoe hierin versnelling informatievoorziening een plek krijgt.

De beslissing moet uiterlijk 15 november genomen zijn. Gezien de complexiteit van de materie is de periode november – juni nodig om een verkorting verantwoord in te voeren. Een beslissing van VWS ná 15 november zal gevolgen hebben voor de zorgvuldigheid waarmee verkorting van de doorlooptijd kan worden in gevoerd in de release 2017. Regelgeving moet immers voor 1 juli 2016 gereed zijn.

Bijlage 1. Tussentijds declareren

Er zijn diverse opties denkbaar om meer inzicht in de schadelast te krijgen, echter niet tot 100%. Eén van de vaker genoemde opties is tussentijds declareren.

Dit lijkt erg op bevoorschotting, wat nu ook al mogelijk is. Om tot een reëel andere methode te komen gaan wij van de volgende systematiek uit:

- De dbc-productstructuur blijft behouden;
- De tarieven en de regelgeving blijven op dbc-niveau;
- De schadelast blijft op basis van de openingsdatum van de dbc;
- Het is echter wel mogelijk om gerealiseerde behandeling en verblijf te factureren. Dat mag nu niet (wel in het kader van bevoorschotting).

Ter illustratie kan het volgende voorbeeld worden gegeven:

Een dbc die in januari wordt geopend en april wordt afgesloten bestaat uit een totaal van 2400 behandelminuten. Bij afsluiting leidt het af tot tijdsklasse 1800-3000 minuten met een tarief van € 4.600.

Tussentijdse declaraties
In januari wordt 700 minuten besteed. Deze periode valt in de tijdsklasse 250-800 minuten. De aanbieder stuurt een factuur voor € 1.200.

In februari wordt er nog eens 500 minuten besteed en valt de dbc in de hogere tijdsklasse 800-1800 minuten. De aanbieder brengt nu € 2.600 - € 1.200 = € 1.400 in rekening. Het eerder gedeclareerde bedrag wordt dus afgetrokken van het nieuwe bedrag.

In maart wordt er 200 minuten besteed en is de totale inzet inmiddels 1400 minuten. De dbc blijft daarmee echter in dezelfde tijdsklasse 800-1800 minuten. De aanbieder brengt nu € 2.600 - € 2.600 = € 0 in rekening.

In april wordt 1000 minuten besteed en wordt de behandeling afgerond. De totale inzet is vervolgens 2400 minuten en valt dus in de tijdsklasse 1800-3000 minuten. De aanbieder brengt nu € 4.600 - € 2.600 = € 2.000 in rekening.

Conclusie
In de huidige productstructuur zou de zorgaanbieder alleen in april een rekening sturen van € 4.600. Wanneer met tussentijdse declaraties wordt gewerkt, worden er vier declaraties gestuurd van respectievelijk € 1.200, € 1.400, € 0 en € 2.000.

Voordelen tussentijds declareren
Het voordeel van deze methode is dat, anders dan bij bevoorschotten, er sprake is van daadwerkelijke schadelast. Deze wordt normaliter niet minder, alleen gelijk of meer. Anders dan nu is er dus eerder zicht op een substantieel deel van de schadelast.

Een ander voordeel is het effect op de liquiditeitspositie van zorgaanbieders. Voorfinancieren en bevoorschotten is niet meer nodig.

Voor de zorgverzekeraar geldt dat er meer en sneller informatie komt over de vulling van het plafond en het ontstaan van wachtlijsten.

De liquiditeitspositie en vulling van het plafond zijn weliswaar belangrijke onderdelen, maar vormen als zodanig niet de belangrijkste doelstelling voor verkorting van de doorlooptijden (namelijk het eerder verkrijgen van inzicht in de definitieve schadelast).

Nadelen tussentijds declareren
Een belangrijk nadeel is dat regelgeving van toepassing is op de definitieve dbc en niet op de tussentijdse declaraties. Pas na afloop van het traject van maximaal 365 wordt bekend of de dbc rechtmatig was (is bijv. voldaan aan de eisen van hoofdbehandelaarschap) en naar welke behandelgroep uiteindelijk wordt afgeleid. Dat kan leiden tot crediteringen en verschillen tussen het bedrag dat tussentijds is gedeclareerd en de definitieve eindafrekening.

Geleverde zorg vormt daarnaast geen voorspeller voor het restant van de nog te leveren zorg. Een behandeltraject kan bijv. de eerste drie kwartalen bestaan uit ambulante zorg, gevolgd door een intensieve klinische behandeling in het laatste kwartaal. Zolang er geen goede voorspeller voor toekomstige zorg bestaat, zal de al geleverde zorg weinig bijdragen aan het maken van een betere inschatting.
De onzekerheidsmarge waarmee zorgverzekeraars de hoogte van de schadelast kunnen voorspellen wordt met behulp van tussentijdse declaraties wel kleiner. Dit zal echter vooral het geval zijn wanneer het einde van de maximale doorlooptijd wordt genaderd (in het laatste kwartaal van t+1). Dit is echter ook de periode waarin de definitieve declaraties worden ontvangen, waardoor de meerwaarde van tussentijdse declaraties voor het maken van een betere inschatting van definitieve schadelast beperkt lijkt.

Het is daarmee onzeker of met behulp van tussentijdse declaraties een betere inschatting kan worden gemaakt van de definitieve schadelast. Als dit al het geval is, is niet bekend hoe groot deze verbetering is, ten opzichte van de huidige manier waarop schadelast wordt ingeschat door verzekeraars.

Conclusie
Tussentijds declareren heeft voordelen op het gebied van eerder beschikbaar komen van informatie. Echter, het probleem van de definitieve schadelast wordt niet opgelost. Ook geldt dat tussentijds declareren eenvoudiger is in te voeren dan optie 1 en 2, maar daarvoor moeten sommige complexe vraagstukken worden opgelost. De vraag is of dit de investering waard is.

Bijlage 2. Kostenhomogeniteit

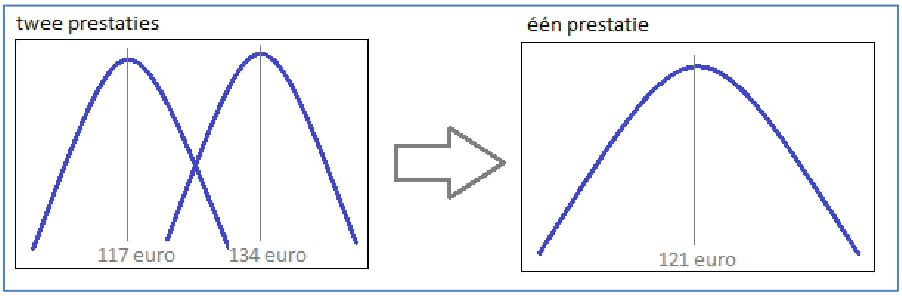
Kostenhomogeniteit optie 1
Uit analyses zoals deze voor optie 1 zijn uitgevoerd, is gebleken dat de kostprijs per uur bij kortdurende dbc's gemiddeld 134 euro bedraagt.[24] De kostprijs per uur van de langdurende dbc's bedraagt 117 euro. Het overall gemiddelde van alle dbc's bedraagt 121 euro.

De profielen van langdurende en korter durende behandelgroepen zullen zich vermengen wanneer de doorlooptijd wordt verkort. Na een periode van 120 dagen kan de behandeling immers afleiden tot meerdere kortdurende dbc's, terwijl deze behandeling bij een doorlooptijd van 365 zou hebben afgeleid naar een langdurende dbc. Het profiel van de dbc's die ontstaan na verkorting van de doorlooptijd, zal zich daarmee uitmiddelen richting het totaal gemiddelde.

In feite bevatten de prestaties momenteel een heterogene groep patiënten. Dit effect wordt nu gemitigeerd door de opsplitsing in tijdsklassen bij een doorlooptijd van 365 dagen, maar wordt manifest als de dbc's worden opgesplitst naar 120 dagen of minder.

Op het moment dat de verschillende groepen niet van elkaar worden gescheiden heeft dat nadelige gevolgen voor de kostenhomogeniteit. In figuur 1 is de verklaring hiervoor vereenvoudigd visueel weergegeven: hoe meer prestaties, hoe kleiner de spreiding. Een kleinere spreiding geeft een betere kostenhomogeniteit.[25]

Figuur 2. Schematische weergave kostenhomogeniteit



Er is op dit moment geen criterium hoe deze patiëntgroepen (op basis van de zorgvraag) goed van elkaar kunnen worden onderscheiden in de dbc-systematiek. Het is voor de NZa daarom ook niet mogelijk deze splitsing in de productstructuur aan te brengen, waardoor de negatieve impact op de homogeniteit kan worden voorkomen.

Kostenhomogeniteit optie 2
Bij optie 2 worden maximum tarieven per uur vastgesteld. In de tariefbeschikking van de NZa zal daarmee naast een maximumtarief voor de zeven verblijfsdagen ook één of meerdere maximum uurtarieven voor behandeling worden vastgesteld. Naast deelprestaties verblijf krijg je vervolgens dus ook één of meerdere deelprestaties behandeling. Kostenhomogeniteit wordt op het niveau van de (deel)prestatie bepaald. Het te declareren eindbedrag betreft vervolgens de optelsom van deze tarieven. Deze eindbedragen zijn geen tarieven zoals deze door de NZa

[24] Zie hoofdstuk 5 voor een beschrijving van de methode waarop dit is berekend.
[25] Naast de keuze voor het aantal en soort prestaties is natuurlijk ook het kostprijsonderzoek (en de daarin toegestane vrijheidsgraden) voor de homogeniteit van de kostprijzen.

vastgesteld maar hangen af van de hoeveelheid die geleverd is (PxQ). De kostenhomogeniteit wordt ook niet op het niveau van dit eindbedrag berekend.

Optie 2 – wanneer uitgegaan wordt van een gedifferentieerd uurtarief – is kostenhomogener dan de prestaties in de huidige productstructuur. De spreiding van de kostprijs van dbc's in tijdsklassen is per definitie groter dan de spreiding van de kostprijs van één uur psychiater.

Bij bijvoorbeeld de tijdsklasse 1.800 tot 3.000 minuten kan de kostprijs variëren tussen 1.800 minuten zorg geleverd door een verpleegkundige en 3.000 minuten zorg geleverd door een psychiater. De spreiding kan daarmee sterk oplopen. Bij een gedifferentieerd uurtarief is de variatie in verschillende beroepen veel kleiner. Variatie in tijdsbesteding is daarnaast niet meer relevant. De spreiding zal dus veel kleiner zijn.

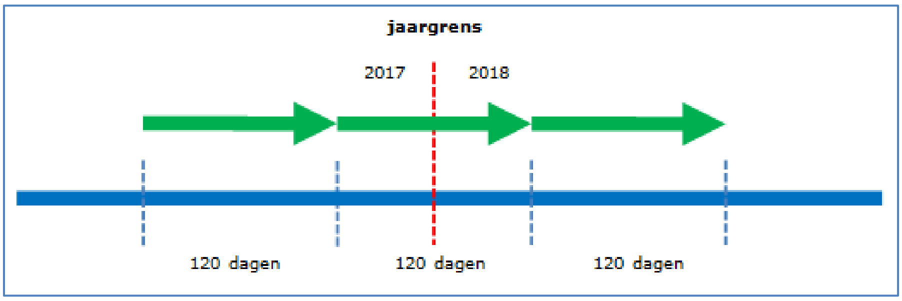
Bijlage 3. Vaste declaratiemomenten

De maximale doorlooptijd van dbc's is momenteel 365 dagen. Via het verkorten van de doorlooptijd naar bijvoorbeeld 120 of 90 dagen, wordt eerder inzicht verkregen in de definitieve schadelast. Een alternatieve methode om de doorlooptijd te verkorten is door met vaste declaratiemomenten te werken, ongeacht de looptijd van de dbc.

Er kan bijvoorbeeld worden gekozen voor vier vaste declaratiemomenten. Per kwartaal – en voor afsluiting van het jaar – worden dan openstaande dbc's definitief gesloten en gedeclareerd. Het gaat hierbij om:
- 1e kwartaal: 31 maart;
- 2e kwartaal: 30 juni;
- 3e kwartaal: 30 september;
- 4e kwartaal: 31 december.

In onderstaande figuur wordt schematisch weergegeven wat het effect is van het verkorten van de doorlooptijd naar 120 dagen, *zonder* dat vaste declaratiemomenten worden gehanteerd:

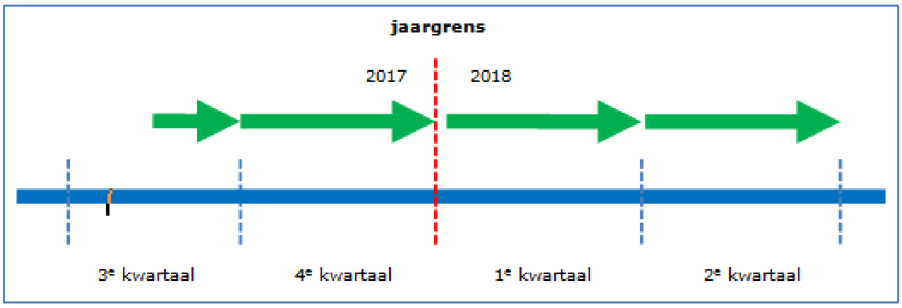
Figuur 3. Verkorting van de doorlooptijd naar 120 dagen



Uit figuur 1 blijkt dat een dbc na 120 dagen wordt afgesloten. Dit kan er bij een jaarovergang toe leiden dat een deel van de zorg wordt geleverd in t+1, terwijl de kosten worden toegerekend aan schadelastjaar t.

Grafisch ziet het werken met vaste declaratiemomenten er als volgt uit:

Figuur 2. Vaste declaratiemomenten per kwartaal



In figuur 2 is te zien dat – onafhankelijk van de doorlooptijd – de dbc wordt afgesloten en gedeclareerd op vaste momenten. Dit kan betekenen dat de eerste initiële dbc na één of enkele dagen wordt afgesloten.

Er ontstaat hierdoor een prikkel om vlak vóór een afsluitmoment geen dbc's te openen, aangezien het moeilijk is om in zo'n korte dbc aan alle regelgeving te voldoen. Als we dit willen mitigeren met specifieke regelgeving voor zeer korte, initiële dbc's, wordt de regelgeving heel complex. Denk bijvoorbeeld aan direct patiëntgebonden tijd van de hoofdbehandelaar.
Het ontstaan van deze zeer korte dbc's kan daarmee nadelige effecten hebben voor wat betreft herijking van regelgeving en controleafspraken.

Het voordeel van het werken met vaste declaratiemomenten is dat kalenderjaar en schadelastjaar met elkaar worden gelijkgetrokken. Daarnaast wordt op deze manier de maximale versnelling van de informatievoorziening behaald. Alle dbc's worden immers afgesloten op 31 december en kunnen worden gedeclareerd.

De voor- en nadelen van het werken met vaste declaratiemomenten zullen tegen elkaar moeten worden afgewogen.

Bijlage 4. Externe consultatie

Inleiding
Voorliggend advies werd op 24 september jl. besproken met de sector tijdens een vergadering van de Adviescommissie Tweedelijns Somatische Zorg, fz en ggz. Tijdens deze vergadering bleek dat optie 1 bij geen van de partijen de voorkeur geniet.

Daarnaast bleek er nog onduidelijkheid te bestaan over de interpretatie van optie 2 en het verschil met tussentijds declareren. Er is om die reden besloten om het advies verder te verduidelijken en partijen de gelegenheid te bieden om schriftelijk te reageren. De volgende partijen hebben hiervan gebruik gemaakt:
- VGN/De Borg;
- Nederlands Instituut van Psychologen (NIP);
- Zorgverzekeraars Nederland (ZN);
- GGZ Nederland (GGZNL);
- Federatie Medisch Specialisten;
- Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ).

Hieronder zijn de schriftelijke reacties van veldpartijen integraal overgenomen. Maar eerst geven wij een korte samenvatting van de reacties en benoemen wij of en zo ja op welke manier de reacties tot een verandering in het advies heeft geleid.

Samenvatting consultatie
Uit de reacties van de meeste partijen blijkt dat het wenselijk is om prioriteit te geven aan de doorontwikkeling van de productstructuur. Indien toch voor verkorting wordt gekozen, geniet optie 2 de voorkeur.

Alle partijen – met uitzondering van GGZ Nederland – benoemen daarbij hun zorgen t.a.v. de impact van verkorting van de doorlooptijd en vrezen daarmee ook voor vertraging bij de doorontwikkeling.
Dit heeft niet tot aanpassing van voorliggend advies geleid, aangezien de impact en de intensieve implemenatieperiode die benodigd is, voldoende is benadrukt.

Het NIP geeft aan dat zij zich niet herkennen in het gebruik van een gemiddelde prijs per cliënt in de contractering. Deze parameter wordt vooral gehanteerd bij contractering van instellingen. Het advies is op dit punt aangepast.

ZN geeft aan dat verzekeraars bij optie 2 vrezen voor een sterkere volumeprikkel dan nu het geval is. Daarbij geven zij aan dat dat dit bij optie 2 niet kan worden afgevangen met afspraken over omzetplafonds. In paragraaf 6.5 zijn wij uitgebreid op dit onderwerp ingegaan. Wij zijn van mening dat in de huidige systematiek eveneens een sterke volumeprikkel aanwezig is. Meer ‘minuten’ leidt immers (via tijdsintervallen) tot een hoger tarief. Wij hebben oog voor de issues die ZN naar voren brengt, maar zijn van mening dat verkorting van de doorlooptijd op deze punten niet gezien kan worden als een verslechtering ten opzichte van de huidige situatie. Het blijft daardoor onverminderd van belang dat gewerkt wordt aan de doorontwikkeling van de productstructuur.
Daarbij delen wij niet de mening van ZN dat een omzetplafond voor optie 2 niet haalbaar zou zijn. Het via onderhandeling met zorgaanbieders overeengekomen omzetplafond is niet afhankelijk van de onderliggende bekostigingssystematiek. Voor niet gecontracteerde zorgaanbieders

bestaat deze mogelijkheid niet, maar dat geldt ook voor de huidige situatie met een doorlooptijd van 365 dagen.
Tenslotte geeft ZN aan dat de noodzakelijke informatieverstrekking niet terugkomt in het advies. Dit punt wordt echter besproken in paragraaf 7.3.

GGZ Nederland geeft aan dat het verkorten van doorlooptijd volgens optie 2 elementen bevat die enerzijds de huidige zwaarwegende problemen oplossen en anderzijds ook bijdragen aan de doorontwikkeling van de productstructuur. Optie 2 kan volgens GGZNL behulpzaam zijn bij het invoeren van behandelpakketten. Bij doorvoering van optie 2 hoeft niet voor langere tijd gewacht te worden op het onderzoek naar normeringen.
De relatie met de nieuwe productstructuur inclusief de voordelen van verkorting van de doorlooptijd volgens optie 2, is besproken in hoofdstuk 10. In het advies zijn hierdoor geen aanpassingen doorgevoerd.

Reacties veldpartijen
Hieronder worden schriftelijke reacties van veldpartijen integraal weergegeven.

1. Reactie VGN/De Borg

In augustus 2014 is het advies gegeven om te wachten met het verkorten van de doorlooptijd en in samenhang met de aanpassingen van de productstructuur te herzien. Alhoewel wij duidelijk voordelen zien in het verkorten van de looptijd in relatie tot de liquiditeit en het sturen op afspraken, zien wij ook de nodige bezwaren waaronder:
- Een ongewenste verhoging van administratieve lasten.
- Aanpassingen in ICT-systemen bij zowel zorgaanbieders als verzekeraars. Het betreft aanpassingen die in korte tijd gerealiseerd moeten worden terwijl vooraf duidelijk is dat de houdbaarheid van de aanpassingen beperkt is, we werken immers aan een structurele doorontwikkeling van het bekostigingssysteem.
- De impact op aanbieders van forensische zorg aan mensen met een verstandelijke beperking (VG) is onvoldoende duidelijk, aangezien binnen de VG de gemiddelde looptijd van een DB(B)C langer is dan in de gemiddelde GGZ.
- Het onduidelijk is hoe de kostprijzen worden bepaald.
- De zoveelste aanpassing in de systematiek in korte tijd zal de vergelijkbaarheid niet ten goed komen.
- Binnen de FZ is met ingang van 2015 een 100% DBBC-bekostiging, mede met de bestaande knelpunten in de tariefstructuur hechten wij aan continuïteit in de bekostigingssystematiek. (los van de hoogte van de tarieven).

Ons <u>nadrukkelijke advies</u> blijft onveranderd: aansluiten bij de nieuwe productstructuur en daar zorgvuldig de tijd voor nemen.

Mocht er onverhoopt voor gekozen worden om over te gaan tot een verkorting van de doorlooptijd, dan gaat de voorkeur uit naar optie 2 (verkorting van de doorlooptijd op basis van werkelijk bestede tijd). Deze optie sluit het meest aan bij de individuele cliënt en diens behandeltijd.

2. Reactie NIP

In het algemeen zijn we geen voorstander van het tussentijds verkorten van de doorlooptijd van de DBC's maar menen we dat vol ingezet moet worden op het UK model. Verschillende stelselwijzigingen achter elkaar

moeten voorkomen worden en tussentijdse aanpassingen moet de doorontwikkeling niet in de weg staan.
Wordt er onverhoopt een doorlooptijdverkorting doorgevoerd dan heeft onze voorkeur optie 2 op basis van werkelijk besteedde tijd.

1. Verschil tussentijds declareren en verkorting doorlooptijd: Geen opmerkingen. Goed dat deze duiding hier gegeven wordt gezien het misverstand dat hier tijdens de adviescommissie over ontstond;
2. Gevolgen voor de inkoop (hoofdstuk 7.4) en overzicht en koppeling van declaraties (7.3) en inkoop (in paragraaf 7.4).:
   a. Voor wat betreft de medisch inhoudelijke waarde van de verkorte DBC's vraag ik me af of een inschatting vooraf op grond van ZVZ-i of Hoos op korte termijn haalbaar is en betere voorspellende informatie geeft. Men zou ook kunnen kiezen de zorgtrajectcode als instrument te gebruiken voor een inschatting en uiteindelijke berekening van van de uiteindelijke duur en kosten van een behandeltraject van moment van intake tot ontslag van de cliënt.
   b. Voor wat betreft gevolgen voor inkoop herken ik (in ieder geval voor de vrijgevestigden) niet dat afspraken worden gemaakt over gemiddelde prijs per cliënt. Vrijgevestigden maken afspraken over een tarief uitgedrukt in % NZa tarief per DBC. Vanwege grote variatie van cliënten (korte en lange trajecten) is voor vrijgevestigden een gemiddeld tarief per patiënt niet wenselijk. Wel goed herkenbaar zijn de geschetste transitieproblemen bij de zorginkoop door een eenmalige lagere schadelast in het invoerjaar. Ik zie niet hoe deze gevolgen te voorkomen zijn bij invoering in 2017. De tijd tussen besluitvorming en vaststelling van de beleidsregels (juli 2016) en start inkoopproces (augustus 2016) is zo kort en er moet zo veel ontwikkeld worden dat noch verzekeraars, noch zorgaanbieders hier op kunnen anticiperen.

3. Reactie ZN

Verzekeraars staan nog steeds achter het eerder door de NZa uitgebrachte advies om de doorlooptijdverkorting niet eigenstandig door te voeren, maar mee te nemen in de reeds voorziene doorontwikkeling van de productstructuur. Het verkorten van de doorlooptijd kan alleen als de verkorte producten worden voorzien van informatie waarmee verzekeraars kunnen sturen op rechtmatigheid, effectiviteit en doelmatigheid. Wanneer dergelijke informatie niet wordt meegeleverd blijft er onder de streep een aanbod gedreven systeem over waarin verzekeraars alleen inzicht krijgen in de werkelijk bestede tijd. Verzekeraars kunnen op basis van een dergelijk beperkt inzicht hun rol in de Zvw niet waarmaken.

Wanneer dit uitgangspunt wordt losgelaten op de opties 1 en 2 zien verzekeraars de noodzakelijke informatieverstrekking niet terug komen. Bij optie 2 wordt aangegeven dat een aanbieder een inschatting van het verwachte eindproduct moet meegeven waarbij tegelijkertijd wordt gesignaleerd dat het op dit moment nog niet mogelijk is deze inschatting op een betrouwbare wijze te maken waarmee de inschatting het gedurende het behandelproces meerdere keren kan veranderen. Dit signaal is door GGZ Nederland in de gevoerde gespreken onderschreven. Dit betekent dat verzekeraars de verstrekte informatie niet kunnen gebruiken in de inkoop en de controle. Verzekeraars vrezen dan ook dat met de invoering van optie 2 dan ook een tijdschrijfsysteem wordt neergezet dat nog grote productieprikkels zal kennen als het huidige systeem.

Deze productieprikkels kunnen niet afgevangen worden met het maken van afspraken over omzetplafonds. Een omzetplafond is alleen handhaafbaar als inzichtelijk is hoe de beschikbare middelen zijn ingezet. Wanneer niet inzichtelijk is of de beschikbare tijd effectief en efficiënt is ingezet kunnen verzekeraars vanuit hun zorgplicht richting de verzekerden niets anders als bij contracteren als een aanbieder het omzetplafond heeft bereikt. Tevens maken restitutieverzekeraars geen afspraken over omzetplafonds waarmee voor deze verzekeraars niks anders resteert als het vergoeden van de werkelijk bestede tijd. Op basis van een dergelijke inrichting kunnen de totale uitgaven ongewenst en onnodig stijgen zoals dit eerder ook het geval was binnen de FB budgettering. Met een dergelijk eenzijdig systeem kunnen verzekeraars niet instemmen.

Verder zal de invoering van deze "overbruggingstructuur" een grote claim leggen op de beschikbare capaciteit. Gevolg is dat van partijen een dubbele investering gevraagd zal waarbij de tijdelijke structuur een snelle invoering van het gewenste eindmodel in gevaar kan brengen. Dit is vanuit meerdere perspectieven ongewenst.

Conclusie van verzekeraar is dan ook dat de verkorting van de doorlooptijd niet los gezien kan worden van de doorontwikkeling. In de doorontwikkeling wordt gewerkt aan het vergroten van de voorspelbaarheid van de zorg en het normeren van de zorgpaden. Wanneer inzicht in beide element wordt gekregen kunnen langdurige zorgtrajecten op een transparante en controleerbare wijze geknipt worden. Met andere woorden het realiseren van een versnelling in de liquiditeit is alleen mogelijk als deze wordt uitgeruild voor meer medische transparantie.

4. Reactie GGZ Nederland

Allereerst dank voor de gelegenheid die u geeft om het conceptadvies nog verder te verbeteren. Onderstaand geven we u onze reactie in hoofdlijn op het concept advies 'verkorting doorlooptijden GGZ / FZ van 1 oktober jl.

U geeft in het advies een aanzet voor de samenhang van twee majeure ontwikkelingen in de sector, waarbij de 'verkorting van de doorlooptijd' zich, naar onze overtuiging, goed verhoudt tot de inhoud en tempo van de 'doorontwikkeling van de productstructuur'.

Zoals wij optie 2 nu begrijpen:
- DBC's hebben een maximale doorlooptijd van 3 maanden / kwartaal;
- de declaratie van de DBC is gebaseerd op werkelijke bestede uren en dagen;
- op basis van een maximum (gedifferentieerd) uurtarief;
- de declaraties worden afgerekend.

GGZ Nederland werkt graag mee aan de verdere uitwerking van optie 2. Deze optie bevat elementen die enerzijds de huidige zwaarwegende problemen oplossen en anderzijds ook bijdragen aan de doorontwikkeling van de productstructuur. Declaraties op basis van werkelijk bestede tijd zouden bijvoorbeeld invoering en gebruik van behandelpakketten kunnen vervroegen; er hoeft dan niet eerst over langere tijd onderzoek naar normering uitgevoerd te worden.

Om uw concept advies meer recht te doen ontvangt u zo snel als mogelijk in de loop van deze week van ons nog vragen en suggesties over eventuele tekstverduidelijkingen in het concept advies zelf. Graag

denken we, samen met u en onze leden mee in de uitwerkingen die hierna en de besluitvorming van het ministerie nog gaan komen.

Altijd bereid tot nadere toelichting en gesprek.

5. Federatie Medisch Specialisten

Ten aanzien van uw vraag of er nog andere afwegingen zijn die wij de Raad van Bestuur van de NZa en/of het Ministerie van VWS mee zouden willen geven, willen wij graag nogmaals onderstrepen dat wij de doorontwikkeling van de productstructuur als het meest belangrijk achten. Deze doorontwikkeling wordt gedragen door alle partijen en wij zijn van mening dat dit zal leiden tot een succesvolle aanpassing van de productstructuur.
Het op dit moment in het proces bepalen van fall-back scenario's geeft een slag om de arm wat van invloed kan zijn op de doorontwikkeling naar het te bereiken doel in de toekomst toe. Deze tijd en moeite zouden wij liever willen gebruiken voor de doorontwikkeling.

6. NVZ

Onderstaande treffen jullie een eerste reactie vanuit de NVZ aan op de plannen om de GGZ DBC doorlooptijden gelijk te schalen met de cure DBC's tot een maximum doorlooptijd van 120 dagen.

Standpunt NVZ:
De NVZ adviseert om op basis van de verstrekte informatie/conceptadvies verkorting doorlooptijden GGZ/FZ, af te zien van het doorvoeren van de plannen. Wij wijzen iedere aanpassing in de bestaande productstructuur van de hand. De voornaamste reden hiervoor zijn:

- Vanaf 2018 is de structuur aangepast op basis van de uitkomsten uit de doorontwikkeling DBC GGZ. In de doorontwikkeling van de DBC structuur GGZ is rekening gehouden met de genoemde argumenten over sneller beschikking krijgen over informatieproducten en verkorten doorlooptijden. Deze laatste impliceert tevens een snellere declaratietermijn.
- Tussentijdse aanpassingen leiden tot verschuivingen in de schadelast. Deze moet middels een conversie vast gesteld gaan worden. Uit ervaring in de cure blijken dit moeizame en langdurige trajecten te worden.
- De voorgestelde wijzigingen worden als fall back scenario's geduid in geval de doorontwikkeling DBC structuur GGZ stagneert. Met deze zienswijze zet u het door- ontwikkel traject onnodig onder druk.

Welke alternatieven zijn er om tussentijds aan de wensen voor informatie en schadelast te voldoen, zonder dat hierbij administratieve lasten toenemen en of grote systeemaanpassingen moeten worden gedaan.

Wij adviseren u om onderzoek te doen het optimaliseren van het OHW proces om meer en eerder schadelast inzicht te verkrijgen en de informatievoorziening naar een hoger plan te trekken.
De voorstellen om de DBC structuur ongewijzigd te laten, maar de declaratie op te knippen in drie gelijke delen is een interessante optie waarvan de impact goed onderzocht moet worden.

Wij realiseren ons goed de noodzaak voor de aanpassingen, maar wijzen er nadrukkelijk op dat systeemaanpassingen voor de genoemde opties uiterlijk 1 februari 2016 bekend moeten zijn. Daarbij dient u rekening te

houden dat deze aanpassingen parallel lopen met de doorontwikkeling van de DBC structuur en dit op ICT niveau kan gaan knellen.